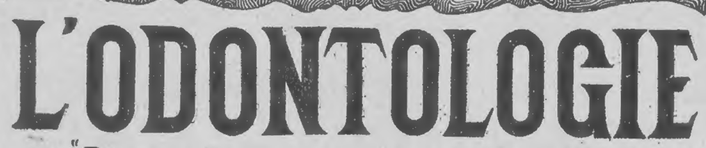


# L'ODONTOLOGIE

CHATEAUROUX
Typographie et Stéréotypie A. Mellottée



# L'ODONTOLOGIE

LA "REVUE INTERNATIONALE D'ODONTOLOGIE" ET "L'ODONTOLOGIE" RÉUNIES

DIRIGÉES PAR PAUL DUBOIS DE 1881 à 1896

## REVUE BI-MENSUELLE

PARAISSANT LE 15 ET LE 30 DE CHAQUE MOIS

*Organe de l'Association générale des Dentistes de France, de l'Ecole Dentaire de Paris & de la Société d'Odontologie de Paris.*




## TOME XXVII

**1er Semestre 1902**

22me ANNÉE. — 2me SÉRIE, VOL. XIV

PAUL DUBOIS - 1848 - 1896

LOUIS THOMAS 1846 - 1893

RÉDACTION ET ADMINISTRATION

À L'ECOLE DENTAIRE DE PARIS, 45 Rue de la Tour d'Auvergne PARIS.

22e ANNÉE. N° 1 15 JANVIER 1902 VOL. XXVII




**L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.**

---

# Travaux Originaux

## LA SINUSITE MAXILLAIRE ET SES COMPLICATIONS OCULAIRES ET ORBITAIRES

*(Communication à la Société d'odontologie de Paris, séance du 10 décembre 1901.)*

Par le Dr A. ANTONELLI,

Ancien professeur agrégé d'ophtalmologie à l'Université de Naples,
Membre titulaire de la Société d'ophtalmologie de Paris, etc.

Je dois à l'aimable proposition des membres de votre bureau l'honneur de pouvoir vous entretenir d'un chapitre, peut-être le plus important, parmi ceux qui relient la pathologie buccale à la pathologie oculaire. Les rapports entre les affections dentaires et les affections de l'œil et de ses annexes sont nombreux, et leur étude, éclairée par l'étude des connexions anatomiques, physiologiques et pathogéniques, a fait déjà l'objet de remarquables conférences devant vous. Mais les cas sur lesquels je vais insister sont, bien que relativement rares, ceux qui présentent pour le stomatologiste et l'ophtalmologiste le plus de difficultés, soit pour prévenir, soit pour traiter, soit pour pronostiquer.

Le maxillaire supérieur, constituant la plus vaste partie

du plancher de l'orbite, ainsi que la plus vaste partie de la voûte palatine et toute l'étendue de l'arcade alvéolaire supérieure, représente le squelette de la région où la contiguïté des tissus, surtout la communication des voies sanguines et lymphatiques, établit le plus facilement des rapports pathologiques entre les dents et l'organe visuel. La cavité du maxillaire, se prêtant aux processus suppuratifs les plus infectieux et les plus difficiles à guérir, parmi les suppurations d'origine buccale ou nasale, constitue à son tour la source de complications plus ou moins graves de la part du globe oculaire même ou des organes annexes. Le périoste de l'orbite, très adhérent au bord inférieur de la cavité orbitaire, se continue dans le périoste qui couvre la surface externe du maxillaire supérieur, jusqu'au bord alvéolaire, pour aller constituer la membrane ou ligament alvéolo-dentaire. La sinusite maxillaire, enfin, peut retentir sur les tissus orbitaires non seulement par voie directe, mais aussi par la voie d'affections concomitantes de la muqueuse nasale et naso-lacrymale, ou des cellules ethmoïdales et de la paroi papyracée de l'orbite.

La pathogénie la plus fréquente des complications oculaires de la sinusite maxillaire est sans conteste l'*ostéopériostite du plancher de l'orbite*. Si la cellulite orbitaire qui en résulte est limitée au segment antérieur de l'orbite, elle se manifeste, au commencement surtout, par la sensibilité du bord orbitaire au toucher, par l'œdème collatéral de la paupière inférieure et par l'hypérémie et l'œdème de la conjonctive bulbaire, surtout en bas. Si la forme est grave, ou si l'intervention tarde, l'œdème et la rougeur gagnent les deux paupières et les parties voisines, le chémosis, c'est-à-dire le boursouflement œdémateux de la conjonctive recouvrant le bulbe oculaire, devient de plus en plus prononcé, l'œil en même temps est déplacé en avant (exophtalmos), plus ou moins dévié d'un côté ou de l'autre, suivant l'emplacement variable des foyers d'infiltration ou de suppuration orbitaire, et plus ou moins immobile, incapable de coordonner ses excursions avec celles de son congénère

dans le champ du regard (diplopie). Si le foyer d'ostéo-périostite détermine la perforation du plancher de l'orbite, une communication plus ou moins large s'établit entre le sinus maxillaire et la cavité orbitaire avec une symptomatologie sur laquelle nous reviendrons tout à l'heure.

Je ne dois pas insister devant vous sur les affections dentaires et alvéolaires capables de donner lieu à la sinusite maxillaire, car je ne pourrais rien vous signaler d'inconnu par vous sur ce sujet. Je vous parlerai plutôt en oculiste, tout en n'oubliant pas la pathogénie des affections qui peuvent vous intéresser. Le point essentiel de cette pathogénie se trouve dans la constitution anatomique de la paroi inférieure ou alvéolaire du sinus maxillaire. Quand le sinus, en effet, présente ses dimensions normales, la paroi alvéolaire est très mince, et assez souvent discontinuée en plusieurs endroits, de sorte que les racines des grosses molaires ne sont séparées de l'antre que par une simple lamelle ostéo-périostée, et assez souvent leurs extrémités supérieures pointent dans la cavité même du sinus. Ce n'est que dans les cas d'étroitesse exceptionnelle de ce dernier que nous trouvons du tissu osseux spongieux le long de la paroi alvéolaire de l'antre, surtout en avant et en arrière, au niveau des alvéoles des incisives et de la dent de sagesse, les racines des grosses molaires restant toujours celles qui se rapprochent le plus du périoste interne.

La symptomatologie de la cellulite orbitaire varie suivant l'intensité et la période de l'affection. Au début, et quand il s'agit plutôt de l'ostéo-périostite du plancher de l'orbite en avant, les signes sont, comme nous le disions tout à l'heure, la sensibilité du bord osseux inférieur de l'orbite au toucher et l'œdème et la rougeur de la paupière inférieure. Il importe de connaître ces symptômes, car, s'ils peuvent témoigner aussi parfois d'une simple affection alvéolaire de la canine supérieure, dont la racine monte considérablement dans le maxillaire, vers l'os lacrymal, ils sont surtout précieux pour donner l'alarme sur les complications orbitaires d'une sinusite, restée latente ou bien négligée par le

malade, et réclamant, à partir de ce moment, une intervention radicale.

Je viens de faire allusion à des complications oculaires provoquées par la canine supérieure, la *dent de l'œil,* suivant l'expression bien répandue. Je n'insisterai pas, si ce n'est pour vous signaler qu'une alvéolite de cette dent peut déterminer, par infiltration des tissus contigus, l'obstruction plus ou moins complète, surtout en bas, du canal nasolacrymal, et ensuite une inflammation muco-purulente du sac lacrymal. Or, cette dacriocystite et cette péridacriocystite pourraient simuler, pendant quelque temps et pour un observateur non prévenu, la périostite du segment antérieur du plancher orbitaire. L'oculiste expérimenté ne s'y trompera pas, et je ne dois pas m'étendre sur les éléments de son diagnostic différentiel. Mais l'odontologiste saura que dans le cas de l'affection lacrymale un larmoiement plus ou moins abondant aura précédé les symptômes inflammatoires, et ces derniers occuperont surtout le sillon naso-génien et la région lacrymale, particulièrement sensible au toucher et pouvant, sous la pression du doigt, faire apparaître par les points lacrymaux ou par la fosse nasale du même côté la sécrétion muco-purulente. L'ostéo-périostite orbitaire, par contre, provoque la sensibilité au toucher sur le bord même de l'orbite, dans toute la longueur du sillon orbito-palpébral inférieur ; en outre, c'est la paupière même qui paraît plus ou moins enflée, avec une rougeur très modérée de la peau, et, si le chémosis en bas s'y ajoute, le diagnostic ne sera plus douteux.

Un fait que l'odontologiste ne doit pas ignorer, et l'ophtalmologiste non plus, c'est que, dès le début d'une affection orbitaire, et du reste aussi comme complication de la sinusite maxillaire et sans cellulite orbitaire à proprement parler, il peut se produire une véritable névrite ou périnévrite du nerf optique, ou bien un simple étranglement du nerf et de l'artère ophtalmique qui l'accompagne, étranglement dû à l'ostéo-périostite du trou optique. Comme la névrite optique, surtout rétro-oculaire, peut évoluer sans provoquer de

troubles subjectifs de la vision, tout au moins appréciables par le malade lui-même, l'examen ophtalmoscopique s'impose, pour compléter le diagnostic ; et c'est à l'oculiste d'y penser, même quand le malade ne lui accuse aucune diminution de la vue. La constatation d'altérations de la papille optique, à l'ophtalmoscope, aura une grande importance, pour l'odontologiste aussi, car la nécessité d'une intervention rapide et radicale lui sera indiquée. En effet, un processus de névrite optique ou de simple trouble circulatoire par étranglement, abandonné à lui-même, aboutit fatalement à l'atrophie du nerf optique ; et cette atrophie est d'autant plus à redouter que la névrite ou le trouble circulatoire auront duré plus longtemps, même sous une forme latente ou fruste. Dès la constatation d'une altération de la papille optique d'origine dentaire, par l'intermédiaire d'une affection orbitaire, l'avulsion de la dent sera donc urgente, pour la désinfection aussi complète et aussi rapide qu'il est possible du foyer alvéolaire, et du sinus maxillaire s'il le faut.

Les formes graves, ou non soignées à temps, de la cellulite orbitaire provoquée par une sinusite maxillaire peuvent compromettre non seulement la fonction de l'œil, par la névrite optique et l'atrophie du nerf, comme nous venons de le dire, mais l'organe même, si le processus intéresse les membranes de la coque oculaire et aboutit à la fonte purulente de l'œil. La complication la plus grave, heureusement très rare, est celle d'une ostéo-périostite de la voûte orbitaire, avec perforation et infection endocranienne (cas de Panas), ou bien d'une thrombo-phlébite orbitaire, pouvant se propager soit à la veine angulaire de la face, soit aux veines profondes de l'orbite, à la veine ophtalmique et au sinus caverneux. Ces complications mettent en grand danger la vie du malade, et il peut en être de même de la propagation de la sinusite maxillaire, ou maxillo-ethmoïdale, au sinus sphénoïdal.

Sans aller si loin, la destruction d'une partie du plancher de l'orbite est déjà une issue fâcheuse, car le processus témoigne d'une gravité plus considérable, d'une propagation

plus facile, et la réparation sera plus tardive, et le traitement demandera encore plus de précautions et de soins.

Il faut se rappeler, à ce propos, que le plancher de l'orbite représente déjà par lui-même la paroi la plus mince de l'antre maxillaire, que sa résistance se trouve encore amoindrie le long de la gouttière et du canal sous-orbitaires suivis par le nerf maxillaire supérieur, et que souvent il existe congénitalement déjà de petites discontinuités de la lame osseuse, déhiscences par arrêt de développement. S'il s'agit d'une sinusite maxillaire latente, chronique pour ainsi dire, la périostite de l'antre peut évoluer vers l'hyperostose, en épaississant le plancher de l'orbite comme les autres parois du sinus, et en empêchant, ou tout au moins en retardant, les complications. Mais dans l'empyème aigu, ou dans l'acutisation d'une sinusite chronique, la perforation du plancher de l'orbite peut se faire soit par un processus rapide d'ostéite raréfiante, soit par des points de nécroses à la suite de décollement périosté par infiltration purulente. En tout cas, une communication plus ou moins large, établie entre la cavité maxillaire et la cavité orbitaire, sera manifeste par le passage de l'air, ou des liquides, de l'une dans l'autre. Même si le plancher orbitaire n'est pas perforé, mais seulement raréfié, aminci comme un parchemin sur une assez large étendue, nous pouvons observer un déplacement de l'œil, souvent une exagération de l'exophtalmos, en invitant le malade à l'inspiration forcée, la bouche et les narines étant fermées. D'autre part, si l'ouverture spontanée ou chirurgicale de l'abcès ou phlegmon orbitaire s'est faite à travers la paupière, et si le trajet fistuleux existe en même temps que la discontinuité du plancher de l'orbite, il arrive que les injections de liquide poussé dans le sinus refluent en partie par l'orifice cutané, ou par le tube à drainage s'il en a été placé. Il importe, dans ces cas, d'éviter les injections trop violentes, ou beaucoup trop irritantes, et de prévenir le malade pour que des inspirations brusques et forcées, par exemple en éternuant ou en se mouchant bruyamment, ne provoquent pas l'emphysème ou d'autres

désastres dans le tissu cellulaire, déjà si altéré, de l'orbite.

Il ne faudrait pas croire, d'après ce que nous venons de dire, que la discontinuité du plancher de l'orbite soit le mécanisme unique de propagation de la sinusite maxillaire aux tissus de l'orbite. La perforation est, en somme, rare, et le plus souvent ce sont les voies lymphatiques et veineuses qui propagent l'infection. Quant aux premières, il serait impossible de les décrire, car il s'agit des voies humorales de tous les organes, les voies interstitielles qui transforment presque en continuité la contiguité des tissus. Quant aux voies veineuses, le plexus maxillaire interne conflue dans les veines postérieures, qui traversent le trou sphéno-palatin, et dans les veines supérieures, qui se réunissent dans les veines ethmoïdales antérieure et postérieure. Ces dernières s'abouchent avec les veines ophtalmiques supérieure et inférieure, mais, au point de vue des rapports veineux entre la cavité maxillaire et l'orbite, il faut signaler tout particulièrement, d'après la thèse de Gaillard (Paris 1887), une petite veine qui peut jouer un rôle très important dans la propagation des processus pathologiques, veine issue du périoste de l'antre, perforant en arrière le plancher de l'orbite et se jetant directement dans la veine ophtalmique supérieure. Cette dernière est la plus importante des veines profondes de l'orbite, allant de l'angle interne de l'œil jusqu'au sinus caverneux, en passant par la fente sphénoïdale, sans être munie de valvules, et recevant dans son trajet de nombreuses veines du tissu cellulaire de l'orbite, y compris l'anastomose de la veine ophtalmique inférieure.

Je passerai sur la diplopie, les degrés les plus prononcés de déplacement du globe oculaire et l'exophtalmos le plus considérable qu'une cellulite orbitaire puisse déterminer. Je ne ferai que rappeler les complications cornéennes de l'exophtalmos : ulcère, perforation, enclavement de l'iris, etc., et les abcès des paupières, pouvant donner lieu à des adhérences cicatricielles, causes d'ectropion ou de lagophtalmos, c'est-à-dire de renversement plus ou moins marqué de la

paupière et d'occlusion imparfaite de la fente palpébrale. Mais je désire insister encore une fois sur les formes latentes d'ostéo-périostite orbitaire provoquées par une sinusite maxillaire, celles où les signes externes sont minimes, comme nous l'avons dit, et où la constatation d'une névrite optique peut confirmer le diagnostic. Il existe, dans ces cas, des douleurs profondes dans la tête et la face, douleurs sourdes et continues, parfois s'exacerbant en des paroxysmes violents. La diaphanoscopie des sinus, pratiquée dans la chambre noire, par l'introduction d'une petite lampe électrique dans la cavité buccale, peut fournir une indication précieuse, mais elle peut aussi être en défaut, si l'épaisseur constitutionnelle des parois des maxillaires, chez le sujet, empêche la transparence, d'un côté ou de l'autre, ou même des deux côtés, ou bien si la périostite du sinus n'est pas assez intense ni assez sécrétante pour diminuer suffisamment la transparence du côté malade. Ces formes frustes de sinusite sont provoquées fréquemment par des affections, surtout kystiques, de la dent de sagesse supérieure ; encore un méfait de cet organe, inutile au point de vue fonctionnel et prédisposé au point de vue pathologique, tout comme l'appendice du cæcum parmi les organes de la cavité abdominale !

Si le phlegmon orbitaire est rare, comme suite de la sinusite maxillaire, l'ostéo-périostite orbitaire est relativement fréquente, et elle le serait encore plus si l'affection du sinus n'était pas facile à reconnaître pour le traitement précoce. Je n'ai pas à vous parler du diagnostic de la sinusite en question, de ses signes de probabilité et de ses signes de certitude. Permettez-moi de vous signaler tout simplement parmi les premiers : la cacosmie subjective, c'est-à-dire l'odeur extrêmement désagréable que le malade perçoit lui-même, presque sans discontinuité ; l'écoulement intermittent de sécrétion muco-purulente par une des narines seulement ; la présence de pus dans le méat moyen des fosses nasales ; l'apparition de ce pus quand le malade tient la tête penchée en avant (signe de Frankel) ; enfin le défaut de

transparence à la diaphanoscopie[1]. L'ensemble de ces signes et la constatation d'une affection des molaires supérieures, éclairant l'étiologie, valent presque le signe de certitude ; mais ce dernier peut être uniquement fourni par la ponction et le lavage explorateur.

L'acutisation d'une sinusite maxillaire latente ne va pas, enfin, sans douleurs vives, parfois effrayantes, dans la cavité et au pourtour de l'orbite, dans la face, et rayonnant vers la tempe et la région occipitale, douleurs dont le malade est soulagé tout de suite après l'évacuation du pus de la cavité maxillaire et des foyers orbitaires, s'il en existe. La dolorabilité extrême de l'affection ne surprendra pas si l'on réfléchit que le nerf sous-orbitaire et les nerfs dentaires qui en émanent suivent des canaux osseux souvent imparfaits, simples gouttières complétées par le périoste, ce qui expose les filaments nerveux à la propagation directe du processus intéressant la muqueuse, ainsi qu'à la compression et à l'irritation exsudatives.

L'évacuation de l'empyème maxillaire doit se faire par l'orifice alvéolaire, après avulsion de la dent incriminée ; et, même dans les cas de sinusite maxillaire provoquée par affection nasale ou ethmoïdale (polyempyème des sinus de la face, d'origine autre que dentaire), l'avulsion de la première grosse molaire, dont l'alvéole et la racine se rapprochent le plus de l'antre, ou bien une trépanation de la paroi externe du sinus au niveau de la dite alvéole, seront les meilleurs moyens de fournir une contre-ouverture au sinus, à l'endroit le plus déclive de son infundibulum. La contre-ouverture

1. Cet examen peut fournir *trois* signes : le premier (signe de Hering), le plus facile à reconnaître et le plus important, consiste dans le défaut de transparence de la paroi antérieure du maxillaire, soit à travers les parties molles de la joue, soit quand on soulève la lèvre supérieure pour examiner l'arcade alvéolaire. Le deuxième est le signe de Garel-Burger, perçu par le malade même, qui pourra accuser une sensation lumineuse, non pas binoculaire, mais d'un œil seulement, l'œil du côté sain, auquel parvient la lumière intrabuccale, à travers le plancher et la voûte de l'antre maxillaire. Le troisième signe, mentionné par Davidsohn, est pour ainsi dire le contrôle objectif du signe précédent, car l'observateur pourra voir, après une longue adaptation de ses yeux dans l'obscurité, et en y mettant toute l'attention voulue, la pupille de l'observé faiblement luisante, dans l'œil uniquement du côté sain.

permet des irrigations fréquentes et prolongées, le lavage de la cavité par une quantité considérable de liquide non irritant étant beaucoup mieux supporté et beaucoup plus efficace que les injections de solutions antiseptiques ou modificatrices concentrées. Dans un cas, que j'ai eu à soigner il y a deux ans, de cellulite orbitaire antérieure limitée, suite de sinusite maxillaire d'origine dentaire (carie de la première grosse molaire supérieure à gauche), la guérison ne tarda pas, grâce à des irrigations, quatre pendant le jour et une au milieu de la nuit, d'un litre de solution tiède de permanganate de potasse à 5/1000. Le récipient, placé à un mètre environ plus haut que la tête de la malade, était muni d'un tube de caoutchouc terminé par la canule à baïonnette de la seringue à sinusite, que vous connaissez. La malade avait appris à introduire d'elle-même la canule dans l'orifice alvéolaire, elle penchait ensuite la tête bien en avant, dans une cuvette, ouvrait la pince serrant le tube de caoutchouc, et laissait couler par les narines tout le liquide qui venait irriguer le sinus. Au bout de quelques jours tous les symptômes subjectifs avaient disparu, le liquide sortait propre dès le début des irrigations, ces dernières furent de plus en plus espacées, et la guérison s'établit, complète et définitive.

Tous les cas ne sont pas si heureux, et l'on en a cité qui n'ont cédé à aucun traitement, la sécrétion muco-purulente du sinus se modifiant, se tarissant même, sous l'action des différents topiques, mais reprenant de plus belle après un court délai. Il y a lieu de se méfier, dans ces circonstances, des anfractuosités de l'antre, si bien étudiées et décrites par Zuckerhandl surtout, constituant des réceptacles de microbisme latent. A signaler les petits culs-de-sac entre un alvéole et le suivant, et surtout le diverticulum qui fréquemment se prolonge dans l'apophyse frontale du maxillaire supérieur, quand cette apophyse est particulièrement développée et proémine dans le sillon naso-génien. Ce diverticulum se trouve placé légèrement en dessous et en dehors de la région lacrymale, ce qui explique les complications de

dacriocystite, de fistule lacrymale, et même de nécrose de l'os unguis, dans quelques observations publiées de sinusite maxillaire (Strazza-Rollet).

Je ne voudrais pas terminer, sans dire quelques mots d'une complication oculaire des affections dentaires infectieuses, qui, même en dehors de toute participation du sinus, peut se présenter à notre observation. Il s'agit de l'*iritis*, sous une forme le plus souvent chronique, plutôt d'iritis ou uvéïte séreuse, avec dépôts sur la face profonde de la cornée, que d'iritis plastique, avec synéchies invincibles sur la cristalloïde antérieure. On a beaucoup discuté sur la nature de cette iritis, rangée par quelques auteurs parmi les troubles oculaires *réflexes*, d'origine dentaire (Badal et Fromaget), par d'autres parmi les complications microbiennes métastatiques (Ziem), par d'autres encore parmi les manifestations d'un microbisme latent (Verneuil), le trouble oculaire réflexe provoqué par l'affection dentaire jouant presque le rôle d'un traumatisme (Péchin). La question ayant déjà été fort bien exposée devant vous, par mon excellent confrère le Dr Péchin, je n'insisterai pas, me bornant à vous soumettre une idée personnelle et un élément tout nouveau fourni au débat par la pathologie expérimentale. Quant à l'idée personnelle, il me semblerait tout justifié de ranger les iritis en question parmi les *iritis toxiques*, et non pas microbiennes, ainsi qu'il en a été décrit par Hilbert dans quelques cas particuliers de traumatisme oculaire et par moi-même, au Congrès d'ophtalmologie en 1895. Le foyer infectieux alvéolaire, avec ou sans participation du sinus, est en même temps un foyer toxique, et l'absorption des toxines microbiennes, de ces poisons organiques plus ou moins solubles, doit être même plus facile, de la part des lymphatiques, que l'absorption des poisons organisés, c'est-à-dire des microbes eux-mêmes. Rien d'étonnant alors que le tractus uvéal réagisse à l'intoxication plus manifestement que les autres tissus, par des phénomènes irritatifs constituant presque une *fausse iritis*, ou même par une vraie iritis, mais pour ainsi dire *froide*, à

allure chronique. Le pronostic en sera tout à fait favorable, dès l'élimination du foyer de toxicité microbienne.

Quant au fait nouveau signalé par la pathologie expérimentale, il s'agit des recherches de de Bono et Prisco, sur la perméabilité des muqueuses conjonctivale et nasale pour les micro-organismes, au point de vue de la pathologie des infections intraoculaires. Ces recherches prouvent, d'une façon indiscutable, que nombre de micro-organismes, parmi lesquels notamment le staphylocoque doré, mis en contact avec la conjonctive ou la pituitaire, en évitant bien entendu toute lésion épithéliale, parviennent dans le globe oculaire même, puisqu'on les retrouve dans l'humeur aqueuse et dans le corps vitré ; et la migration se fait non pas par la voie indirecte de la circulation sanguine générale, mais directement, par les lymphatiques des tissus superficiels, allant des muqueuses en question jusqu'au canal de Schlemm, à la chambre antérieure et au corps vitré, sans besoin de traverser la cornée, qui, à l'état normal, est imperméable aux substances, et aux germes *figurés*.

Les conclusions à tirer de ces expériences, à l'égard de la question qui nous intéresse, découlent d'elles-mêmes. Puisque des micro-organismes peuvent traverser, même à l'état sain des tissus, la muqueuse nasale, les cellules du labyrinthe ethmoïdal, l'os planum de l'ethmoïde, les tissus orbitaires, la capsule ténonienne et les membranes de la coque oculaire, pour parvenir à l'intérieur de l'œil, nous sommes forcés d'admettre qu'une migration analogue, et encore mieux une absorption de produits toxiques par les mêmes voies, peut s'accomplir à travers les tissus du maxillaire supérieur, allant de son bord alvéolaire à la cavité orbitaire, soit *ab externo* soit *ab interno* par la voie du sinus. — Par ces faits, la théorie du « microbisme latent et de sa localisation dans un *locus minoris resistentiæ* déterminé par un trouble réflexe » se trouve atteinte, ou tout au moins reculée au second plan, tout comme la théorie des « troubles réflexes purs et simples » a été de plus en plus reculée par l'étude des processus infectieux.

Concluons par un tableau clinique. Les complications *oculaires* de la sinusite maxillaire peuvent consister en une iritis ou uvéïte, presque toujours à forme séreuse ou peu intense et très problablement de nature toxique, uvéïte liée aux sinusites latentes ou à l'empyème chronique de l'antre. A citer comme complications oculaires, pour ainsi dire *directes*, la névrite et la périnévrite optique rétrobulbaire, ou encore l'étranglement du nerf optique et de l'artère ophtalmique, par périostite du trou optique, et cela le plus souvent comme manifestation d'une ostéo-périostite de la partie postérieure du plancher de l'orbite, à forme chronique ou aiguë. Comme complications oculaires *indirectes*, il faut considérer l'exophtalmos et ses conséquences cornéennes, accompagnant la cellulite orbitaire, de même que la panophtalmie concomitante du phlegmon de l'orbite. — Les complications *orbitaires* de la sinusite maxillaire sont représentées par l'ostéo-périostite du plancher orbitaire, plus fréquente dans la partie postérieure que dans l'antérieure, et par la *cellulite orbitaire* (sinusite aiguë), pouvant aller jusqu'au phlegmon de l'orbite et s'accompagnant de thrombo-phlébite de l'orbite, parfois transmise aux sinus caverneux. — Les complications des annexes oculaires, abcès des paupières et leurs suites, dacriocystites et péridacriocystites, fistules lacrymales, dacrioadénite, etc., peuvent être considérées comme secondaires aux complications orbitaires.

### Principales indications bibliographiques.

Trolard. *Recherches sur l'anatomie du système veineux de l'encéphale et du crâne.* Thèse de Paris, 1868.

Pagenstecker. Archiv. für Augenheilk, n. 37, 1883.

Mikulicz. Archiv. f. Klin. Chirurgie, 1886.

Berger und Tyrman. *Die Krankheiten der Keilbeinhöhle,* etc. Wiesbaden, 1886.

Nieden. Arch. f. Augenheilk, 1886.

Ziem. Allgemein. Med. Centralzeitung, 1887, n° 37 et n^os 48-49.

B. Fraenkel. *Ueber das Empyem der Kieferhöhle.* Berliner Klin. Wochenschrift, n. 16, 1887.

Krause. Berliner Klin. Wochens., 1887, n. 13, p. 228.

Ziem. Centralbl. f. prakt. Augenheilk, 1887.

Gaillard. *Phlébites orbitaires.* Thèse de Paris, 1887.

FESTAL. *Veines de l'orbite et leurs anastomoses avec les veines des régions voisines.* Thèse de Paris, 1887.

TORNWALDT. Centralb. f. Laryngol, t. V, p. 362, 1888.

ZIEM. Berliner Klin. Wochenschr., 1888 et 1889.

ZIEM. Deutsche Medicin. Wochens., 1889.

BAYER. *Beitrag zum Studium und zur Behandlung des Empyems der Highmorshöhle.* Deutsche Medic. Wochenschr. 1889, n° 10.

COZZOLINO. Bollettino delle mal. dell'orecchio, gola e naso, 1891, n. 6, a. IX ; et Morgagni, vol. XXXIV, 1892.

E. DE BERGER. *Rapports entre les maladies des yeux et celles du nez.* Paris, 1892.

ZIEM. Wiener Klin. Wochenschr, 1892.

G. W. CALDWELL. New-York medic. Journal, 4 nov. 1893.

GALEZOWSKI. Communicat. à la Soc. d'ophtalmol. de Paris, 10 oct. 1893.

ZIEM. Monatsschrift f. Ohrenheilk., 1893.

FROMAGET. Soc. d'opht. et laryngologie de Bordeaux, 21 nov. 1893.

KNIES. *Beziehungen des Sehorganes und seiner Erkrankungen zu den übrigen Krankheiten des Körpers und seiner Organe.* (Wiesbaden, 893.)

MATHIEU. *Étude critique sur les rapports entre les maladies des yeux et celles des dents.* Thèse de Paris, 1894.

CAPDEPONT. Thèse de Paris, 1894.

VILLARD. *Contribution à l'étude des suppurations de l'œil et de l'orbite, consécutives aux affectioos des régions et cavités voisines.* Arch. d'ophtalmol. 1895, p. 477.

PANAS. *Empyème du sinus maxillaire compliqué d'ostéo-périostite orbitaire, avec perforation de la voûte ; abcès du lobe frontal et atrophie du nerf optique ; mort.* (Académie de médecine de Paris, séance du 12 mars 1895.)

MERZ. *Un cas de phlegmon de l'orbite consécutif à l'empyème de l'antre d'Highmore.* (Klin. Monatsblätter f. Augen., fév. 1895, et Ann. d'oculistique, 1895, page 436.)

GERMANN. *Zur Symptomatologie der Orbitalphlegmonen, veranlasst durch Empyeme der Nebenhöhlen der Nase.* St-Petersbürger medicin. Wochenschr., 1895.

SALVA. Thèse de Paris, 1895.

KOLAROWITCH. Thèse de Bordeaux, 1896.

ROLLET. Lyon médical, 1896.

A. PÉCHIN. *Contribution à l'étude des affections oculaires et des sinusites de la face, d'origine dentaire.* L'Odontologie, décembre 1896, et Recueil d'ophtalmologie, 1896.

BRUNSCHWIG. *Plegmon orbitaire consécutif à une sinusite maxillaire.* (Normandie médicale, 15 fév. 1896.)

LERMOYEZ. *Thérapeutique des maladies des fosses nasales, des sinus de la face et du pharynx nasal.* Paris, 1896.

COURTAIX. *Recherches cliniques sur les relations pathologiques entre l'œil et les dents.* Thèse de Paris, 1896.

BAUBY. *Complications orbitaires des empyèmes du sinus maxillaire.* (Arch. d'ophtal., 1897, page 770.)

V. Castex. *Maladies du sinus maxillaire*, dans le Traité de chirurgie de Le Dentu et Delbet, Paris 1897.

Chiari. Wiener Laryngol. Gesellschaft, 1897.

Posey. Soc. d'opht. de Piladelp., 16 nov. 1897.

Riolacci. *Des troubles oculo-orbitaires dans les sinusites maxillaires*. Thèse de Lyon, 1897.

Jansen. *Zur Eröffnung der Nebenhöhlen der Nase bei chronischer Eiterung* (B. Frankel's Archiv. f. Laryngol. 1894, Bd. II, et aussi : Jansen, *Zur Radicaloperation chronischer combinirter Empyeme der Nebenhöhlen der Nase*. (Comptes rendus du XII[e] Congrès intern. de médecine, Moscou, 1898.)

Douglas. *Empyema of the antrum in a child three weeks old*. (British med., journal, 5 fév. 1898.

Dagilaiski. *Ueber Orbitalphlegmone dentalen Ursprunges* (Klin. Monatsbl. f. Augen., 1899, t. XXXVII, p. 231.)

Lagleyse. *L'œil et les dents, relations pathologiques*. (*Observ. de sinusite du maxillaire supérieur ; phlegmon du tissu cellulaire orbitaire ; abcès sous-périostique ou périostite de la branche montante du maxillaire inférieur ; abcès de la voûte palatine*. (Arch. d'opht., 1899, p. 248.)

E. Thoumire. *Considérations anatomiques sur le sinus maxillaire ; diagnostic et traitement de l'empyème latent par l'orifice naturel*. Thèse de Paris, 1901.

Mainguy. *Les dents et les yeux*. Gazette médicale de Nantes, 4 mai 1901.

De Bono et Prisco. Archivio di Ottalmologia, Palermo, 1901.

C. Ceraso. *Le malattie oculari in rapporto alle malattie delle cavità nasali e dei seni della faccia e del cranio*. 2 vol., Naples, 1901.

# ADRESSES UTILES

**La ligne : 20 francs par an, Lignes en sus : 10 fr. la ligne.** } **dans 24 numéros.**

---

**C. Ash et fils** (*Fourn. gén.*) 22, rue du Quatre-Septembre, PARIS. **TÉLÉPHONE 294.47.**

**Dr Bengué** (*Anestile*), 47, rue Blanche, PARIS.

**Billard, L. Lemaire, sr** (*Fourn. gén.*), 4, pass. Choiseul, PARIS. **TÉLÉPHONE 264.30.**

**Comptoir international** (*Fourn. gén.*), 15, avenue Fonsny, BRUXELLES.

**Contenau et Godart fils** (*Fourn. gén.*), 7, r. du Bouloi, PARIS. **TÉLÉPHONE 214-53.**

**Cornelsen** (*Fourn. gén.*), 16, rue St-Marc. **TÉLÉPHONE 218.69.**

**A. Debraux**, profr (*Cert. d'Et. exigé des dentistes*), 17, faub. Montmartre, PARIS.

**J. Fanguet, Georges Clotte, succr** (*Impressions en tous genres*), 28, rue d'Enghien, PARIS.

**Vve Jules Friese** (*Fournitures générales*), 3, rue de Londres, PARIS.

**Alfred Joliot** (*Fourn. gén.*), à la Cloche, 193, rue St-Martin. **TÉLÉPHONE 271.51.**

**Colin Logan fils** (*Fourn. gén.*), 113, rue Réaumur, PARIS. **TÉLÉPHONE 288.79.**

**L. Mairlot** (*Fourn. génér.*), 24, pl. Sainte-Gudule, BRUXELLES. **TÉLÉPHONE 1429.**

**Mamelzer et fils** (*Manufacture dentaire*), 40, rue Croix-des-Petits-Champs, PARIS.

**Al. Maylaënder** (*Reliures en tous genres*), 67, rue Daguerre, PARIS.

**A. Mellottée**, imprimeur de *L'Odontologie* à CHATEAUROUX.

**P. Périé fils** (*Fournitures générales*), 7, place Lafayette, TOULOUSE.

**B. Platschick** (*Prothèse à façon*), 3, rue Ventadour, PARIS. **TÉLÉPHONE 222.82.**

**Reymond frères** (*Fournitures générales.*)
22, rue Le Peletier, PARIS.
44, place de la République, LYON.
69, rue de la Croix-de-fer, BRUXELLES.
3, rue Petitot, GENÈVE.

**Victor Simon et Cie** (*Four. gén.*), 54, rue Lamartine, PARIS. **TÉLÉPHONE 269-45.**

***Société Française de Fournitures Dentaires.***
58 bis, Chaussée-d'Antin, Paris
**TÉLÉPHONE 214-47.**
45, r. de la République, Lyon.
*Grande exposition*, au dépôt de PARIS, de toutes les *Nouveautés dans l'outillage* de MM. les Dentistes.

**Syndicat Français** (*Recouvrements d'honoraires*), 131, boul. Sébastopol, PARIS.

**Vve J. Wirth** (*Manufacture dentaire*), 222-224, avenue Philippe-Auguste, PARIS.



# TRAVAUX DE L'ÉTRANGER

## STATISTIQUE

DE L'INSPECTION DENTAIRE ET DES SOINS DONNÉS AUX ENFANTS DES ÉCOLES COMMUNALES DE STRASBOURG DU 1er OCTOBRE 1900 AU 30 SEPTEMBRE 1901.

Par le Dr Jessen,
Professeur libre à l'Université de Strasbourg.

Conformément à la décision du Conseil municipal du 25 juillet 1900, M. Gustave Wagner, étudiant en chirurgie dentaire, fut chargé par moi, avec le consentement des autorités municipales du 1er octobre 1900 au 30 septembre 1901, de l'inspection dentaire des enfants des écoles communales de Strasbourg et de la banlieue. M. Wagner dut être remplacé du 15 octobre au 31 janvier pour maladie par M. F. Wolff, également étudiant en chirurgie dentaire. Tandis que la ville fournissait comme d'habitude les instruments, les antiseptiques, etc..., la policlinique de l'Université prêtait deux fauteuils à dossier mobile.

Les années précédentes, les écoliers étaient tenus à venir classe par classe à la clinique dentaire à l'heure de la consultation pour se faire examiner les dents. Ils perdaient de cette manière trop de temps et M. Motz, inspecteur général des écoles, ordonna que l'inspection dentaire se fît dans les écoles mêmes.

Pour faciliter la chose à l'examinateur, les écoles de la ville furent divisées en deux districts. Pour le premier district une salle à l'école de l'Académie, pour le second une salle à l'école Saint-Pierre-le-Vieux furent mises à notre disposition. Quant aux écoles de la banlieue, on installa dans chacune une salle, où tous les élèves durent se rendre. Ajoutons que les écoliers de la banlieue n'avaient jamais eu l'occasion de faire examiner leurs dents.

L'inspection dentaire avait lieu classe par classe de trois à quatre heures de l'après-midi dans la salle, où, prévenu d'avance, le portier de l'école avait installé les instruments, antiseptiques, etc... On ne peut que louer le personnel enseignant, qui aida mon assistant plus que je ne l'avais pensé. Les enfants étaient placés par ordre alphabétique et appelés nominalement à l'inspection dentaire. Le maître inscrivait dans un registre les chiffres dictés par l'assistant ; il avait noté la veille le nom et l'âge des élèves. On pouvait constater le nombre des dents qui se trouvaient dans la bouche en déduisant le nombre

des dents manquantes du nombre des dents normales. De même on inscrivait le nombre des dents de lait à extraire ou à obturer et celui des dents permanentes, également à extraire ou à obturer. On suivait rigoureusement le principe qu'il ne fallait laisser aucune dent cariée dans la bouche, de sorte que tout ce qui ne pouvait plus être obturé était extrait. Le nombre des dents à extraire, plus celles qui étaient à obturer, donnait le total des dents malades. En déduisant ce total de celui des dents qui se trouvaient dans la bouche, nous avions le chiffre des dents saines.

C'est ainsi que cinquante à soixante enfants étaient examinés journellement, à l'exception des jours de congé et de fête, de sorte que dans le courant de l'année dix mille élèves furent examinés. Le nombre des dents malades était inscrit par le maître sur une carte destinée à cet usage et donné aux enfants[1], afin que les parents pussent prendre connaissance de l'état de la bouche de leurs enfants et fussent engagés à leur faire donner des soins dentaires. *Ces soins, qui nous montrent la nécessité et l'utilité des inspections dentaires des écoles communales,* furent donnés *gratuitement* à la clinique et dans mon institut privé sous mon contrôle par mon assistant et par les étudiants en médecine dentaire. La bouche des enfants y était encore une fois attentivement examinée et les soins nécessaires étaient donnés. Malheureusement le succès n'a pas couronné l'entreprise, car sur les enfants examinés il n'en vint que huit cent quarante-sept (surtout le jeudi, jour de congé) et surtout lorsqu'ils y étaient poussés par des maux de dents. A cet âge les dents sont d'ordinaire si mauvaises qu'elles ne pouvaient plus être obturées, mais elles devaient être extraites. Il serait donc à désirer que les enfants fussent invités par les maîtres et maîtresses à aller *après l'inspection à la clinique pour se faire soigner les dents,* d'autant plus que les parents n'ont aucun frais à débourser. Ce n'est que dans ces conditions qu'on pourrait arriver à un résultat pour la santé générale. *Nous n'avons pu nous faire une idée de l'utilité de l'inspection dentaire des enfants qu'après avoir vu l'état déplorable des dents et le nombre des dents malades en proportion des dents saines. Dans ces circonstances on ne pouvait assainir la bouche que par des soins thérapeutiques très énergiques.*

La statistique suivante doit nous donner une image du résultat de l'inspection dentaire et des soins donnés aux enfants.

L'inspection dentaire n'était pas obligatoire, car les enfants pouvaient en être dispensés selon le désir des parents. Cependant tous

---

1. Dans un précédent article du Dr Jessen, nous avons publié le modèle de cette carte. V. nº du 30 août 1901, p. 201.

N. D. L. R.

les enfants se sont fait examiner, à l'exception des enfants absents pour maladie.

10.005 *enfants furent examinés*, parmi lesquels 430 seulement avaient *la bouche complètement saine* (4,29 o/o)[1]; 9.575 avaient ensemble 102.456 *dents gâtées*, dont 51.219 *manquaient*, car la plupart déjà avaient été extraites pour cause de carie ; 98.149 dents étaient *saines*.

*Plus des deux tiers des dents qui devaient se trouver dans la bouche étaient donc malades.* Des dents qui se trouvaient dans la bouche, plus de la moitié étaient gâtées.

Chaque enfant des écoles communales de Strasbourg avait en moyenne 20 dents, dont 9,8 étaient saines, 10,2 malades, tandis que 5,2 manquaient. Sur les 10.000 enfants examinés il ne s'en présenta *que* 847, comme nous l'avons déjà dit, auxquels on remit la bouche en état de parfaite santé. Dans la policlinique 1.765 dents malades leur furent extraites et 192 dents obturées. *Sur les enfants de 3 à 5 ans que la loi n'oblige pas encore à aller en classe*, 193 vinrent à la clinique, où à la suite de maux de dents 244 dents de lait durent être extraites pour pulpite et pour périostite.

Ces extractions si précoces pourraient être évitées si les enfants étaient tenus de brosser leurs dents et s'ils allaient, avant d'avoir des maux de dents, à la clinique pour se faire donner des soins conservateurs.

*Il est évident que de mauvaises dents influent sur la santé générale des enfants, et que la santé de tout le peuple souffre de la propagation de la carie, si l'on ne prend pas de mesures énergiques contre cette maladie.*

*Les mesures les plus essentielles et les plus nécessaires sont l'inspection dentaire régulière et des soins donnés* par des dentistes scolaires dans tous les pays.

Mais si nous voulons atteindre une utilité réelle et si les effets bienfaisants du traitement scolaire ne doivent pas être anéantis, il faut y ajouter un traitement rationnel *dans l'armée.*

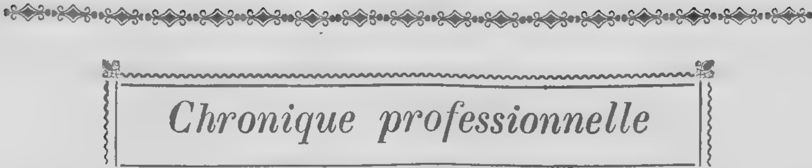
Et si cette cause doit être soutenue et d'une manière féconde à *Strasbourg*, il faudrait d'abord *qu'un chirurgien-dentiste approuvé*, aide de la policlinique, fût employé comme dentiste des écoles. Il aurait à visiter et à traiter les enfants dans les écoles, tant qu'il n'y aura pas d'institut odontologique à l'Université, soit sous ma direction dans la policlinique des maladies dentaires aux heures de visite, soit dans mon institut privé, comme cela s'est fait jusqu'à présent. De même le *traitement conservateur des enfants doit être*

1. Cette proportion pour cent correspond au résultat de l'inspection dentaire des années précédentes, d'après lequel 5 o/o de tous les enfants avaient des dents saines.

*gratuit*, mais les frais d'instruments seront à la charge de la caisse municipale, la subvention gouvernementale de 500 marks ne suffisant déjà pas à présent et les frais augmentant de plus en plus. Mais ces frais ne doivent pas plus entrer en ligne de compte que la perte de temps pour les élèves, en considération de l'immense portée d'un traitement médical rationnel de tous les enfants pour la santé de la jeune génération. Car non seulement ces frais sont assez peu considérables, mais ils représentent un capital dont les intérêts sont d'ordre matériel et moral. Une génération plus saine se formera par l'application fondamentale de cette réforme hygiénique et la caisse des malades et des pauvres en sera singulièrement allégée. Strasbourg est une des premières villes qui ont inauguré ce système ; que le bon exemple trouve bientôt des imitateurs !

Résultat de l'inspection dentaire des enfants des écoles communales de Strasbourg, du 1er octobre 1900 au 30 septembre 1901.

| | A l'âge de | | | Total | Moyennes | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 6, 7, 8, ans | 9, 10, 11 ans | 12, 13, 14 ans | | | | |
| Nombre des enfants examinés | 3722 | 357 | 2926 | 10005 | 100 (1) | o/o | o/o |
| Nombre des enfants avec des dents saines | 155 | 132 | 143 | 430 | | | 429 |
| Nombre de dents qui devaient se trouver dans la bouche | 89328 | 80568 | 81928 | 251824 | 2517 (25,2) | 100 | |
| Nombre de dents qui se trouvaient dans la bouche | 70274 | 69813 | 60518 | 200605 | 2005 (20) | 79,6 | |
| Dents saines | 31801 | 34820 | 31528 | 98149 | 980 (9,8) | 38,9 | |
| Dents malades | 38473 | 34993 | 28990 | 102456 | 1024 (10,2) | 40,7 | |
| Dents manquantes | 19054 | 11755 | 2 410 | 51215 | 512 (5,1) | 20,4 | |
| Nombre des enfants soignés | 383 | 294 | 170 | 847 | De 3 à 5 ans. | | |
| Nombre des extractions | 719 | 679 | 367 | 1765 | 193 | | |
| Nombre des obturations | 48 | 60 | 84 | 192 | 244 | | |



# Chronique professionnelle

*Sous cette rubrique* L'Odontologie *se tient à la disposition de ses lecteurs pour leur permettre de publier en toute indépendance leurs appréciations sur les questions de politique professionnelle. Toutefois le Comité de rédaction se réserve le droit de supprimer toute expression ou toute appréciation de nature à provoquer des polémiques personnelles.*

Nous publions bien volontiers l'article suivant de notre collaborateur M. Schwartz, tout en ayant le regret de ne pas partager les idées qui y sont émises. N. D. L. R.

## A PROPOS DES MÉCANICIENS-DENTISTES.

*Réponse à M. Stévenin.*

Par E. SCHWARTZ, père, de Nîmes,
Président de l'Association des dentistes du Sud-Est.

La question de l'exercice de l'art dentaire par les mécaniciens-dentistes est en ce moment à l'ordre du jour, par suite de l'ouverture récente de cabinets par certains d'entre eux ; elle a été traitée par M. Stévenin, notre estimable confrère, dans le *Bulletin des chirurgiens-dentistes* du mois de novembre dernier, accompagnée du texte de la discussion de la loi du 30 novembre 1892 (séance du 7 avril).

L'auteur de cet article conclut que les mécaniciens-dentistes ont le droit de s'établir, s'ils limitent leurs pratiques à la prise de l'empreinte et à la pose des appareils prothétiques ; il dit que ce droit résulte de la discussion de la loi, qu'il est absolu et hors de doute.

Pour moi, *ce droit n'existe nullement ;* j'ai envisagé cette question à différentes reprises, et l'interprétation à donner à la discussion engagée entre le regretté M. Blavier, le commissaire du gouvernement, et le rapporteur, se présente à mon sens sous un tout autre jour.

Au cours du débat dans lequel il était parlé des mécaniciens-dentistes travaillant sur commande pour les chirurgiens-dentistes, M. Blavier dit : « qu'il a été reçu par un des mécaniciens-dentistes les plus importants, qui lui a fait visiter son laboratoire... » A l'époque de cette visite la loi de 1892 était en préparation, les mécaniciens-dentistes ne s'adressaient pas au public et ni M. Blavier ni personne ne prévoyaient qu'un jour ils le feraient.

Le commissaire du gouvernement, répondant à M. Blavier, compare les mécaniciens-dentistes aux fabricants d'appareils d'orthopédie ; « les poursuivre, dit-il, c'est comme si l'on poursuivait Mathieu

ou Charrière, parce qu'ils auraient fabriqué un appareil ou un corset orthopédique, cela n'est pas dans la prévision de la loi, etc. ».

Sur ce le rapporteur réplique que les fabricants d'appareils NE SONT PAS DES DENTISTES, ils rentrent dans une catégorie toute spéciale qui n'est pas comprise dans la loi, *ce sont* DE SIMPLES MÉCANICIENS.

Vous lisez bien : *ce sont de simples mécaniciens* ?

Parbleu ! c'est bien ainsi que je le comprends aussi, et, c'est pour cette raison qu'ils n'ont pas été compris dans la loi, car à ce moment, je le répète, il n'est venu à l'idée de personne qu'après la promulgation de la loi de 1892 ces mécaniciens se hasarderaient un jour à exercer la profession de chirurgien-dentiste, malgré le texte précis de l'article 2 de la dite loi, en y ajoutant les prérogatives des dispositions transitoires (art. 32).

L'art dentaire ne peut donc plus être exercé que par celui qui remplit les conditions de la loi. Or, il tombe sous le bon sens que quiconque prend une empreinte et place un appareil fait acte de dentisterie, est régi par la loi sur l'art dentaire et est passible des pénalités édictées par cette même loi.

Tout autre est la situation d'un mécanicien qui fait un appareil dentaire à prix de façon après avoir reçu les *moulages* et les *instructions* nécessaires ; s'il n'est pas en possession du diplôme de chirurgien-dentiste, il ne pourra être considéré que comme simple mécanicien-dentiste, n'ayant aucun droit à faire de la dentisterie.

Que sont et que font MM. Charrière et Mathieu dont on a parlé lors de la discussion de la loi à la Chambre des députés et dont les travaux orthopédiques ont servi à établir un parallèle ? Ce sont des mécaniciens, exécutant des appareils sous la direction et les données de chirurgiens, qui seuls ont qualité pour établir un diagnostic et diriger un traitement ; ce sont de *simples mécaniciens* qu'aucune loi de médecine ne saurait atteindre, tant qu'ils ne feront que des appareils pour le compte et sous la direction des médecins.

Mais du jour où ils entreprendraient la réduction d'une déviation vertébrale ou de toute autre difformité sans les ordres précis et directs d'un chirurgien, ils seraient passibles des pénalités édictées par la loi sur la médecine, parce qu'ils auraient fait acte de guérisseurs en traitant un malade, parce qu'ils ne sont pas pourvus du diplôme de docteur en médecine nécessaire.

Eh bien ! il en est de même des mécaniciens-dentistes dépourvus de diplôme : du jour où ils voudraient s'établir, se présenter au public pour faire des appareils dentaires, ils feraient acte de dentisterie et la loi le défend.

Si l'on admet que prendre une empreinte et poser un appareil n'est pas de la dentisterie, il faudra admettre aussi que l'obturation d'une dent n'est pas non plus une opération de chirurgie dentaire.

Dans ces conditions, on pourra plomber et poser des dents sans avoir son diplôme, et l'extraction, les traitements des dents et les stomatites, etc., resteront du ressort du chirurgien-dentiste.

Je ne crois pas que cela soit le but de la loi, dont l'article 2 dit : « Nul ne peut exercer la PROFESSION DE DENTISTE, s'il n'est muni du diplôme de docteur ou de chirurgien-dentiste. » Ce texte est très précis et la profession de dentiste comprend, je crois, la pose, l'obturation, les traitements des dents et des gencives, les extractions, redressements, etc., et nulle part dans la loi il n'est dit que la pose des dents restera du domaine public, c'est-à-dire que le premier venu pourra s'établir, recevoir le public, prendre des empreintes et poser des appareils dentaires !

Je crois que les arguments qui précèdent placent cette question sous son vrai jour, et, s'il y a des mécaniciens qui se croient autorisés à s'établir, ils se méprennent sur la lettre et la valeur de la loi.

Je ne suis donc pas du tout de l'avis de notre excellent confrère M. Stévenin, qui peut-être après la lecture de mon exposé aura une conception nouvelle.

Dans tous les cas le Syndicat des chirurgiens-dentistes n'a pas à hésiter un instant et doit traduire correctionnellement le premier mécanicien-dentiste établi à sa connaissance ; on verra comment les juges interprèteront la loi de 1892.

Si à côté d'hommes que l'on a astreints à des études longues et coûteuses, il peut s'établir de *simples mécaniciens* qui exploiteront une des branches principales de l'art dentaire, il sera tout à fait inutile de passer par les Écoles dentaires et de prendre son diplôme.

Si le droit des mécaniciens était aussi immuable que le dit M. Stévenin, ce serait l'oligarchie amenant avec elle une ère de charlatanisme en art dentaire comme jamais il n'en a régné.

Toutefois, si un jugement devait être fatal au Syndicat, il ne nous resterait qu'à demander aux pouvoirs publics un article additionnel à la loi portant que les chirurgiens-dentistes ont seuls le droit de poser des appareils prothétiques.



## LIVRES ET REVUES

*Nous rappelons à MM. les Auteurs et Éditeurs que tous les ouvrages dont ils nous envoient deux exemplaires sont annoncés et analysés (s'il y a lieu). Les ouvrages doivent être adressés à M.* LE RÉDACTEUR EN CHEF, 45, *rue de La Tour-d'Auvergne.*

### XIII$^e$ CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

*Paris 1900. Section de stomatologie. Comptes rendus publiés par M. J. Ferrier, secrétaire de la section.*

*Nous publions sous ce titre l'analyse de ce volume qu'a bien voulu nous remettre notre collaborateur M. le Dr Mahé.*

*N. D. L. R.*

*3 août.*

La section est ouverte le vendredi 3 août par une allocution de de M. PIETKIEWICZ, président.

L'orateur constate que pour la première fois une section de stomatologie existe sous son nom dans un Congrès général de médecine. Il exprime ses regrets que la mort ait empêché Magitot d'ouvrir ces premières assises. Rapidement il trace l'historique de cette section, expose comment elle s'est trouvée ouverte non seulement aux docteurs stomatologistes, mais encore à ceux qui exercent l'art dentaire en vertu d'un diplôme d'Etat et souhaite la bienvenue à ces derniers appelés dans la grande famille médicale. Il termine en exhortant ses collègues à marquer leur place, si modeste qu'elle soit, dans l'œuvre commune du progrès social.

M. TESTELIN fait ensuite une communication sur *l'emploi du trioxyméthylène dans le traitement des caries dentaires du 3e et du 4e degré et de son association à l'orthoforme dans les cas compliqués d'accidents douloureux.*

M. RODIER préfère le formol, qu'il emploie mélangé à la créosote et à l'oxyde de zinc pour faire une pâte avec laquelle il obture les canaux.

M. CHOMPRET insiste sur ce procédé, qui lui permet d'obturer en une seule séance des dents très infectées. « J'aurais été bien étonné, dit alors M. LOSADA (de Madrid), si dans un Congrès dentaire il ne se fût pas levé un homme chéri des dieux, qui eût affirmé obturer en une seule séance la dent la plus infectée ! » Cependant, dit M. BLOCH, c'est là un fait d'expérience.

M. NICOLESCU (de Bucharest) étudie *le choix des antiseptiques dans la carie dentaire*. Après avoir cité quelques-uns des chiffres donnés par Miquel, il déclare employer toujours plusieurs antiseptiques, car, malgré la communication de M. Choquet, sur le bacille spécifique de la carie, il ne considère pas cette question comme absolument tranchée.

Avant de les passer en revue il indique les conditions d'asepsie auxquelles devraient répondre l'opérateur, l'instrumentation et le local.

Dans la carie non pénétrante, il lave la cavité avec de l'eau oxygénée, puis avec un peu de chloroforme. Enfin il la sèche à l'air chaud avant de l'obturer. Si la carie est pénétrante et la pulpe vivante, il fait saigner la pulpe, la cautérise à l'acide arsénieux ou l'anesthésie à l'aide d'une solution alcoolique de cocaïne, l'extirpe avec l'aiguille de Saladin qu'il introduit froide dans le canal, puis dans la cupule de celle-ci il place la pointe rougie du thermocautère. Pour le traitement consécutif du canal, il emploie l'iodoforme et l'eau oxygénée. M. Nicolescu est un adversaire absolu du coiffage.

Quand la pulpe est mortifiée il ne touche jamais aux canaux dans la première séance. Le lendemain il les désinfecte avec l'aiguille de Saladin. L'antiseptique ordinaire est l'eau oxygénée. Les canaux et la chambre sont obturés par une pâte iodoformée. M. Nicolescu n'emploie jamais pour le traitement des canaux des mèches de coton roulées sur une sonde et il condamne totalement ce procédé.

Ses préférences sont en résumé celle-ci : être propre et éviter de créer ou d'exagérer l'infection, aseptiser les canaux par l'aiguille de Saladin ou le thermo-injecteur. Les antiseptiques de choix sont : l'eau oxygénée, le chloroforme, l'iodoforme, l'essence de girofle.

M. GRILL-ZBORIL apporte *une contribution à l'exécution de la prothèse en caoutchouc.*

*4 août.*

Le samedi 4 août, la séance s'ouvre par une communication de M. J. TALBOT, de Chicago, sur le traitement de la *pyorrhée alvéolo-dentaire*, qui pour lui est une « gingivite interstitielle ». Le traitement de la phase terminale implique le traitement de la phase préliminaire, c'est-à-dire le traitement de la diathèse originelle, laquelle peut être une auto-intoxication, une intoxication spécifique comme la syphilis, l'action de certains médicaments, les grandes névroses, etc.

Les facteurs étiologiques sont locaux ou généraux. Parmi les premiers l'auteur classe : le tartre, les couronnes artificielles et les « bridges », l'ébranlement par les appareils de prothèse ou par la correction des irrégularités, l'usage abusif de la brosse à dents.

Parmi les causes générales l'une est l'auto-intoxication résultant de

l'altération de l'un ou de plusieurs des émonctoires naturels : intestin, reins, peau, poumon. Les autres sont des intoxications dues le plus souvent au mercure, à l'arsenic, au phosphore, aux bromures, aux iodures, etc. Le système nerveux est touché, il réagit sur la circulation : il en résulte l'irritation des artérioles des procès alvéolaires, du périodonte et de la gencive, de la gingivite interstitielle et la résorption des procès alvéolaires. Ce phénomène est un processus sénile naturel, mais l'auto-intoxication le hâte et l'aggrave.

Il y a donc différents traitements pour arriver à la guérison.

Dans quelques affections comme la tuberculose, l'asthme, la dyspepsie chronique, les altérations rénales, l'ataxie locomotrice, la démence, il y a peu à attendre du traitement, qui devra surtout consister dans la suppression des irritations locales.

L'examen du sang serait précieux, mais il n'existe pas de moyens pratiques de le faire. A son défaut l'urine sera examinée : de précieuses indications seront aussi tirées de l'alcalinité de l'urine, de la salive, de la sueur, des matières fécales. L'auteur recommande chaudement la méthode de Licheich, soit le plâtre préparé à la teinture de tournesol, comme très sensible pour cette recherche.

Si la densité de l'urine est abaissée et acide, cela prouve des fermentations intestinales : il faudra défendre les fruits acides, le vin, le vinaigre et tous les acides.

Les bains turcs et le massage seront employés pour stimuler la peau et le système nerveux périphérique ; de même les purgatifs. Les poisons minéraux devront être éliminés par l'urine. L'eau est un des meilleurs diurétiques : cinq à sept pintes par jour d'eau pure laveront parfaitement le sang et les reins. Certains sujets particulièrement nerveux n'aiment pas l'eau pure : on pourra l'aromatiser avec de la lithine ou d'autres sels effervescents.

Quand les oxydations et l'élimination se sont imparfaitement produites, la gencive assume un rôle d'excrétion pour lequel elle n'est pas faite, la gingivite insterstitielle se déclare et la santé générale est atteinte à la fois par l'infection et par le retentissement sur la digestion gastro-intestinale. L'hygiène dentaire exige un usage restreint des aliments et de l'eau contenant un excès de sels de chaux qui produisent le tartre. De même l'excès d'azote, joint à une combustion imparfaite des hydrates de carbone, engendre la gravelle, la goutte, etc. dont les gencives sont lésées ; il faudra donc en restreindre et en régler l'usage dans chaque cas particulier.

Le traitement local sera l'ablation des dépôts de tartre. Les meilleurs instruments pour cet usage sont les excavateurs en cuillers trempés très sec. Le grattage aura lieu de l'apex vers la couronne. Comme l'inflammation gagne les procès alvéolaires, le périoste et les muqueuses, les saignées locales sont indiquées. La cause géné-

rale subsistant cependant, l'amélioration ne sera que temporaire et le traitement devra comprendre comme adjuvants le changement de climat, les voyages en mer.

Le traitement de la membrane péridentaire comprendra des applications journalières de teinture d'iode, des massages de la gencive trois fois par jour avec deux brosses à dents, une rude et une moyenne alternativement employées un jour sur deux. L'auteur recommande une brosse particulière « pour massage gingival », qu'il emploie avec succès depuis cinq ans. Les lavages de bouche ne sont pas suffisants, une poudre alcaline doit être employée deux ou trois fois par jour concurremment aux massages.

Les toniques sont quelquefois indiqués. Au commencement du traitement on indiquera un bain de bouche antiseptique.

Sur le *même sujet* M. le professeur PIERGILI, de Rome, dépose un rapport. La *pyorrhée alvéolaire* est pour lui une affection locale plus ou moins modifiée par l'état général. Il conviendra de chercher la diathèse et de la traiter d'une façon rationnelle, surtout les trophonévroses, la paralysie générale progressive, etc. Le traitement général précèdera le traitement local.

De la constatation de Talbot que la lésion est constituée par une sclérose du péricement l'auteur conclut à l'existence démontrée d'une association microbienne.

Le traitement comprendra au début la scarification de la gencive et l'ablation de ses fongosités. A la seconde période la méthode de Younger, c'est-à-dire le curettage soigneux du clapier gingivo-dentaire, présente le plus d'avantages.

Lorsque la maladie est très avancée et le pus abondant, le traitement sera commencé par des lavages intra-alvéolaires de sublimé au dix-millième.

M. FERRIER insiste alors sur la nécessité d'un traitement précoce. L'acide sulfurique monohydraté, préconisé par M. Hugenschmidt, lui a donné les meilleurs résultats.

La pyorrhée se révèle par une zone hyperhémique de la gencive suivant le trajet de la racine avec décollement du bord gingival. Ce signe de début est important, puisqu'un traitement précoce enraye la maladie.

Il est également très important que le patient se donne lui-même des soins attentifs en dehors de ceux qu'il reçoit du praticien.

Pour M. SANDOW, de Bucharest, le traitement des canaux radiculaires est une condition nécessaire de succès.

M. LOSADA rappelle que pour Bonwill et pour lui la pyorrhée est très souvent causée par une articulation défectueuse qu'il convient de corriger.

M. TESTELIN, dans la pyorrhée arthritique, sacrifie les dents les

plus atteintes et soumet le malade à un régime anti-arthritique sévère.

M. Lebedinski, au nom de M. Korawsky, préconise pour consolider les dents ébranlées par la pyorrhée alvéolaire la dissolution acétonique de cellulose (*vulgo* « colle-tout »).

M. Gires insiste sur le traitement de M. Younger, qui procède au nettoyage avec une grande minutie : une heure et plus pour chaque dent. De plus, à l'heure actuelle il préfère de beaucoup l'acide lactique pour la cautérisation des poches alvéolo-gingivales.

M. Bloch tient à rappeler le traitement de M. Cruet, consistant dans la suppression par le thermo-cautère de toutes les poches gingivales. Ce traitement radical donne des résultats remarquables. MM. Losada, Nicolescu et Richer appuient vivement cette constatation.

M. Roussel donne lecture du rapport de M. Nash, de New-York, *sur les maladies du périodonte et particulièrement sur leur rapport avec l'érythrosis.*

M. Aguilhon de Sarran parle ensuite sur *les vaisseaux sanguins des racines dentaires humaines* avec *déductions pathologiques.* Ces vaisseaux que Kœlliker a pris pour des canaux de Havers traversent le cément et l'ivoire et vont s'étaler le long de la paroi interne de la cavité pulpaire. Ils ont la structure de gros capillaires. Quelques rameaux se terminent dans le ligament ou vont se perdre dans les parois externes de l'alvéole. Normalement ils sont tous à la région externe de la racine externe.

La pulpe a donc comme les autres organes une circulation collatérale. C'est aussi par ces vaisseaux que se propage l'infection dans les abcès dentaires. Il est *très rare*, dit l'auteur, que les matières fermentescibles passent par le canal dentaire qui reste fermé par les débris de l'artère de la veine et des nerfs et par la tunique albuginée qui les entoure.

De même pour l'abcès du sinus, qui « ne peut se développer que sur des canaux placés d'une façon anormale à la partie interne des racines des grosses dents supérieures ».

M. Bouron, de Saint-Jean-d'Angély, remercie M. de Sarran de donner un traitement sur les abcès du sinus. M. Aguilar, de Madrid, bourre le sinus avec un ruban de gaze iodoformée. M. Ferrier ne partage pas l'opinion de M. A. de Sarran sur le rôle de tampon qu'il attribue au paquet vasculo-nerveux.

Ensuite M. Nicolescu étudie *le traitement de la stomatite ulcéro-membraneuse*, dont la cause est le développement d'une infection associée sur un terrain favorable. Le traitement classique est le chlorate de potasse *intus et extra.* L'auteur lui attribue peu d'efficacité dans les formes aiguës. Le traitement spécial, stomatologique, guérit

vite et bien cette affection, c'est celui de MM. Saré et Cruet : antisepsie de la bouche, enlèvement soigné du tartre, attouchement des ulcérations avec de l'acide chlorhydrique au cinquième.

Comme l'acide chlorhydrique peut altérer les dents et qu'il ne peut pas toujours être manié par des médecins aussi expérimentés que les stomatologistes, l'auteur lui préfère le chlorure de zinc à 5 0/0.

Il faut recommander aussi au malade de changer sa brosse à dents pour éviter les réinfections. Il ne faut pas enlever les racines malades au cours de l'infection pour ne pas lui ouvrir de nouvelles portes : au contraire on n'hésitera pas à enlever une dent de sagesse donnant des accidents concomitants.

M. Richer emploie volontiers le sublimé condamné par M. Nicolescu. M. Chompret demande à l'auteur s'il fait de la stomatite ulcéro-membraneuse une entité morbide. M. Nicolescu répond qu'il ne la considère que comme le troisième terme des stomatites dont la cause est le polymicrobisme buccal.

M. G. Antonopoulos, médecin militaire de l'armée hellénique, communique l'observation d'*un cas de fracture de la mâchoire supérieure*.

Une jeune fille était tombée d'un figuier de trois mètres de haut. La plupart des dents antérieures étaient renversées à l'intérieur de la bouche et les racines visibles à travers les gencives déchirées. L'auteur a formé d'un ruban de platine épais et long une arcade qu'il a fixée par ses extrémités à l'aide d'un fil d'or aux grosses molaires encore solides, puis il a lié une à une toutes les dents ébranlées à l'aide de fils d'or au ruban de platine. L'opération, qui a duré six heures, a été véritablement douloureuse. Des lavages antiseptiques presque continuels ont été ordonnés. En deux mois et demi la guérison totale et parfaite a été obtenue.

M. Losada aurait commencé par enlever les pulpes et obturer les canaux de toutes les dents ébranlées.

*5 août.*

La séance du 5 août s'ouvre par une lecture de M. Cl. Martin, de Lyon, sur les *moyens de corriger les déformations dues aux cicatrices vicieuses par les appareils lourds ou à pression continue*. Beaucoup de chirurgiens commettent encore la faute de ne pas appliquer à leurs opérés pour résections du maxillaire un appareil immédiat. Il en résulte une cicatrisation vicieuse, de l'asymétrie faciale, de l'atrésie buccale, de l'écoulement salivaire et des troubles de la mastication.

Pour remédier à cet état déplorable il faut vaincre la rétraction cicatricielle. L'auteur rapporte deux observations où il lutta avec succès dans ce sens une fois à l'aide d'un appareil lourd en étain,

l'autre fois avec des appareils à pression continue et qui lui fournirent les bases de sa méthode.

Pour remédier à la cicatrisation vicieuse dans les résections des maxillaires, M. Martin emploie des appareils modelés sur la perte de substance, un peu plus grands qu'elle et adaptés très lâchement aux fragments restants. De plus, ils sont *lourds*, faits d'étain pur ou de caoutchouc alourdi par des fragments d'étain. Sur leur influence la cicatrice s'élargit : de nouvelles lames d'étain sont ajoutées au bord inférieur jusqu'à ce que les fragments soient en bonne position. On peut alors faire la pièce prothétique ordinaire. Non seulement les appareils agissent mécaniquement sur la cicatrice, mais ils la modifient en la ramollissant, par suite du massage qu'ils exercent sur elle.

L'auteur rapporte toute une série d'observations où sa méthode lui a donné des succès remarquables et conclut qu'elle peut s'appliquer à toutes les cicatrisations vicieuses, quel que soit leur siège, en variant à propos la disposition des appareils.

M. Rodier demande à M. Martin pourquoi *il ne fait pas des débridements larges et la section des brides cicatricielles*: M. Martin répond que le plus souvent le chirurgien s'y oppose et M. Pietkiewicz fait remarquer que cette manœuvre n'aurait pour but que d'exposer le patient à de nouveaux et plus nombreux retraits cicatriciels. MM. Giuria et Avanzi émettent le vœu que les procédés de M. Martin soient largement portés à la connaissance de tous les chirurgiens. M. Gaillard fait un long exposé histologique de la genèse du tissu cicatriciel.

Sur le même sujet M. Amoedo fournit une *contribution à l'étude de la prothèse immédiate des maxillaires*. Il rapporte trois cas ayant trait à des tumeurs malignes, terminés tous les trois par la mort du malade. Il fait remarquer que la récidive n'est aucunement le fait de l'appareil prothétique et conclut que les appareils avec système irrigateur doivent être supprimés, car les trous se bouchent et s'infectent.

M. Martin défend l'irrigation et recommande pour la pratiquer l'irrigateur Eguisier. M. Amoedo maintient sa manière de voir.

MM. J. et C. Tellier, de Lyon, présentent un rapport sur l'*étude de l'anesthésie dans les opérations sur les dents et l'éthérisation à dose dentaire*.

Les auteurs emploient comme anesthésiques locaux uniquement la solution de Schleich et le chlorure d'éthyle. Quand cette anesthésie locale est contre-indiquée, ils utilisent le protoxyde d'azote pour les opérations courtes et l'éther pour les longues.

Ils donnent le protoxyde d'azote associé à l'oxygène : le patient doit être examiné, ausculté, à jeun et ne porter aucun vêtement serré. Grâce à ces précautions, aucun accident n'est à redouter.

Après quelques expériences les auteurs ont renoncé au bromure d'éthyle et ils condamnent le chloroforme, auquel ils reprochent : 1° la syncope primitive ; 2° l'asphyxie bleue ; 3° la syncope toxique.

L'éther ne donne pas d'accident précoce, il ne cause de syncope cardiaque qu'après saturation de l'organisme ; de plus celle-ci est précédée d'une syncope respiratoire qu'on peut efficacement enrayer. Le chloroforme amène une dégénérescence des ganglions cardiaux que n'altère pas l'éther.

Donner l'éther à *dose dentaire* veut dire : 1° l'administrer à des patients d'autre part bien portants, sans lésion en contre-indiquant l'emploi ; 2° le donner à dose suffisante pour supprimer la douleur, sans aller jusqu'à la saturation de l'organisme qui expose aux accidents.

Toutes les affections pulmonaires ou bronchiques contre-indiquent absolument l'emploi de l'éther *pour les opérations dentaires* De même aussi les affections cardiaques ; cependant les lésions orificielles *bien compensées* ne sont pas une contre-indication absolue ; c'est affaire de clinique délicate de le décider, car parfois l'ébranlement nerveux résultant d'une vive douleur peut être plus grave pour l'état général qu'une narcose bien conduite. Le refus d'anesthésie par l'éther doit être absolu pour la dégénérescence du cœur et toutes les lésions aortiques.

Il sera sage aussi de s'abstenir si l'urine contient de l'albumine, si le sujet présente des crises épileptiques ou hystériques à forme syncopale. La grossesse n'est pas une contre-indication. La présence d'un goître donne lieu à des indications variées selon le cas. L'alcoolisme est une cause d'insuccès relatif.

Les auteurs préfèrent donner l'éther *dans leur cabinet* plutôt que chez le patient ; les chances d'accident mortel sont pratiquement nulles.

Le patient doit être à jeun, déshabillé, sans aucune constriction autour du corps. Le fauteuil devra donner la position horizontale et, si possible, permettre de placer au besoin les pieds du sujet plus haut que sa tête.

Un confrère expert est indispensable pour aider à l'anesthésie. De plus, deux aides sont nécessaires, l'un pour maintenir l'écarteur, l'autre pour éponger le champ opératoire.

L'éther doit être absolument pur. Il sera administré à l'aide d'un masque ; celui de Juliard est employé par les auteurs. L'éther est versé *larga manu*, et très rapidement le masque est appliqué sur le visage. La période d'excitation commence au bout de 4 à 5 minutes. Souvent très légère, elle peut parfois exiger une véritable lutte avec le sujet. Il ne suffit pas d'obtenir (pour les opérations dentaires) la résolution musculaire, il faut pousser jusqu'à l'anesthésie de la cornée,

sans attendre la dilatation pupillaire. Il faut 8 à 10 minutes pour obtenir l'anesthésie.

On commence les opérations par la mâchoire inférieure, après avoir redressé le fauteuil pour donner au patient une position assise un peu renversée en arrière. Ensuite en renverse légèrement le fauteuil, on termine rapidement les opérations sur la mâchoire supérieure. Toilette du sujet. Il est *transporté* sur un lit voisin, où il doit demeurer plusieurs heures. Le réveil est très rapide, les suites sont simples, les vomissements rares. Au bout de 4 à 5 heures le patient peut rentrer chez lui.

L'éther provoque d'abondantes mucosités bronchiques : il faut s'en débarrasser incessamment et aller les chercher jusque dans le pharynx.

L'accident le plus grave à redouter est la chute d'une dent dans les voix aériennes : il peut obliger à la trachéotomie d'urgence.

Les accidents pulmonaires éloignés que cause l'éther ne se manifestent jamais pour les opérations dentaires, où l'administration est courte.

Après cet intéressant exposé, M. Bourou, de Saint-Jean d'Angély, étudie *le chloroforme pour les extractions dentaires multiples.*

L'anesthésie générale ne doit pas être refusée à toute personne qui la réclame et qui, *sans posséder aucune lésion organique*, a plus de trois racines à extraire.

« On donne le chloroforme le matin à jeun avec un flacon compte-gouttes et une compresse de tarlatane » ; moyennant cela les accidents seront peu à craindre, d'ailleurs l'auteur possède 2000 cas sans le moindre accident.

10 grammes de chloroforme suffisent toujours. Un aide, un seul, est indispensable.

On devra être très sévère sur les contre-indications. L'état de grossesse indique l'abstention, sans cependant d'inconvénient précis.

M. Tellier, qui a vu une ou deux morts sur 600 chloroformisations et qui n'a vu aucun accident avec des milliers d'éthérisations, restera fidèle à l'éther.

M. Gires préfère le chlorure d'éthyle au protoxyde d'azote. L'anesthésie est rapide, l'excitation rare et courte. Pas de troubles cardiaques, pas d'asphyxie, réveil rapide, tels sont ses avantages. Par contre il ne donne qu'une anesthésie courte.

Pour être plus rares qu'avec le chloroforme, les morts par l'éther existent (1 p. 14000). Laborde et Guérin ont montré que l'accident était le plus souvent un accident *de début*. Aussi Könop, de Berne, a-t-il proposé de commencer l'anesthésie par le chlorure d'éthyle qui ne produit pas ces accidents.

M. Tellier réplique que le chlorure d'éthyle n'a pas fait ses

preuves et que la dilatation rapide de la pupille qu'il provoque doit rendre prudent.

M. PITSCH partage cet avis. Pour lui, l'anesthésique de choix est le bromure d'éthyle qui permet d'opérer assis, pour lequel la vacuité de l'estomac n'est pas indispensable, qui n'a pas de contre-indication du fait des troubles cardiaques ou respiratoires et qui ne donne pas de vomissements. L'anesthésie peut atteindre cinq minutes, ce qui est presque toujours suffisant.

Il administre le bromure *larga manu*, à l'aide d'un masque, la bouche étant ouverte par un coin de caoutchouc. On ne doit opérer qu'après la période d'apnée qui suit les 5 ou 6 premières inspirations. Le patient peut presque immédiatement reprendre ses occupations.

M. BLOCH cite certaines expériences allemandes qui tendraient à montrer que, lorsque le malade n'est pas à jeun depuis la veille, il résiste mieux à l'intoxication par l'agent anesthésique. D'ailleurs M. Reclus l'avait déjà montré pour la cocaïne.

M. PIETKIEWICZ n'est jamais gêné par le sang au cours des extractions multiples qu'il fait sous anesthésie générale. En effet il a, préparées dans un panier en toile métallique des boulettes de coton de grosseurs variées; l'aide bourre l'alvéole après chaque extraction. On n'enlève le tamponnement qu'après le réveil du malade.

M. NOGUÉ est d'avis que l'administration du protoxyde d'azote uni à l'oxygène est plus scientifique que celle du bromure d'éthyle.

M. ANTONOPOULOS communique une observation de *réimplantation de dents mortes avec abcès*. M. AGUILHON DE SARRAN préfère le traitement classique par ramonage des canaux, qui donne un résultat plus durable.

*7 août.*

*La clinique démontre la solidarité pathologique entre la bouche et le reste de l'organisme*, tel est le sujet traité par M. BONIQUET, de Barcelone, au début de la séance du 7 août.

La syphilis est une maladie à manifestations buccales; l'auteur en rapporte trois observations qu'il fait suivre immédiatement d'une observation de noma consécutif à la rougeole et d'un cas de nécrose due à la variole.

Une dent est une organe ayant ses tissus propres et de plus reliée à l'organisme; de multiples liens « l'unissent intimement à un tissu osseux formant le squelette, où il ne se trouve pas moins que les sens principaux, ainsi que l'encéphale même »; par ce seul fait elle est unie aux échanges moléculaires les plus intimes et aux mutuelles influences physiologo-pathologiques.

Pour le démontrer, l'auteur cite un cas où il intervint immédiatement pour un phlegmon sérieux de la joue provoqué par une dent

gâtée. L'alvéole ouvert ayant offert une porte plus large à l'infection, le mal s'accrut. Le malade se défiant de la valeur du traitement appliqué, se confia à un empirique et son état s'aggrava encore. Des lavages firent tout rentrer dans l'ordre.

L'auteur rapporte encore quelques accidents infectieux dus à des dents cariées ; dacryocystite, abcès orbitaire, fistule du canal de Sténon, polyadénite, angine de Ludwig causée par la cinquième molaire ; il cite également les accidents nerveux, douloureux ou reflexes dont les dents cariées sont l'origine.

L'auteur conclut par la phrase de Talma que « la thérapeutique de la plupart des maladies des dents repose partout sur ces deux principes : traitements médicaux qui s'attaquent aux causes, opérations manuelles qui remédient aux effets ».

M. Sebileau, de Paris, parle ensuite *des différentes formes de la septicémie buccale* (ce travail a été publié, *in extenso* dans *L'Odontologie*, du 15 septembre 1901, p. 227).

M. Bacque rapporte un cas analogue à ceux de M. Sebileau, mais plus heureux : Jeune fille de 20 ans atteinte d'un abcès dentaire. Consécutivement abcès de la cuisse, en peu de temps quarante abcès dans toutes les parties du corps. Presque toutes les dents du maxillaire inférieur étaient ébranlées et nageaient dans le pus. Extraction des dents, curettage des parties nécrosées : guérison.

M. Tellier cite un cas de mort par méningite tuberculeuse consécutive à un phlegmon dentaire.

M. Testelin a vu une pleurésie purulente mortelle survenue dans les mêmes conditions.

M. Pietkiewicz a observé un convalescent de fièvre typhoïde présentant des abcès consécutifs multiples ; l'un d'eux se développa à l'angle de la mâchoire et emporta le malade. Un autre malade fut emporté de la même façon au cours d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu.

M. Chompret passe en revue les *malformations buccales dans l'hérédo-syphilis*. Notons que, pour lui, la projection en avant de l'arcade dentaire supérieure tiendrait à un arrêt de développement de l'os incisif, tandis que pour Jullien cette difformité résulterait d'un développement excessif de l'arcade dentaire supérieure.

L'auteur a observé un cas (unique dans la science) de disjonction de la symphyse du maxillaire inférieur chez un enfant de dix-huit mois. Cet accident était consécutif à la chute d'une incisive médiane inférieure amenée elle-même par une stomatite mercurielle intense.

M. Chompret a été le premier à signaler une malformation fort grave : *la persistance des dents de lait*. Il cite ensuite toutes les malformations dentaires décrites et s'arrête particulièrement sur la dent d'Hutchinson.

Il reconnaît que toutes les causes de dystrophie : tuberculose, alcoolisme, rachitisme, etc., peuvent amener ces malformations, mais la plus fréquente de toutes est la syphilis.

M. Sebileau ne croit pas à l'étiologie spécifique de la malformation rapportée par M. Chompret.

M. Giuria émet la proposition de créer à Paris un musée de stomatologie. — Adopté.

M. Lebedinski étudie le *milieu buccal, son équilibre biologique et les affections spécifiques et polymicrobiennes.* Depuis son travail de 1898, l'auteur considère les gingivo-stomatites comme formant deux poupes : les gingivo-stomatites spécifiques ayant pour agents pathogènes des microbes spécifiques et des gingivo-stomatites septiques polymicrobiennes.

Il décrit le milieu buccal : salive mixte, leucocytes innombrables, polymicrobisme.

La salive n'est pas très bactéricide par elle-même, comme le pensait Smarelli ; c'est la phagocytose interne, comme l'a vu M. Hugenschmidt, qui tient en échec les nombreux microbes de la bouche et maintient l'équilibre biologique dans le milieu buccal.

Cet équilibre peut être rompu par des maladies générales, nécessitant de l'organisme la mise en usage des émonctoires exceptionnels, comme les glandes bucco-salivaires. Les produits anormaux qui passent par les glandes : sucre dans le diabète, albumine dans le brightisme, urates dans l'arthritisme, mercure, plomb dans les intoxications par ces métaux, affaiblissent l'action phagocytaire et mettent la cellule en état de réceptivité morbide : d'où production d'une gingivo-stomatite septique.

Pour M. Lebedinski, une *gingivo-stomatite spécifique est une affection de la muqueuse buccale qui n'est qu'une manifestation d'une maladie générale et qui a le même agent pathogène spécifique,* CONNU OU INCONNU, *que la maladie générale qui lui a donné naissance.* Telles sont les gingivo-stomatites syphilitiques, tuberculeuses, diphtéritiques, aphteuses, rubéolique, scarlatineuse, variolique.

Les fièvres éruptives peuvent produire les deux variétés de gingivo-stomatites : spécifique et septique, la première étant une manifestation de la maladie, la seconde une infection secondaire surajoutée.

*La gingivo-stomatite septique est une infection, primitive ou secondaire, de la muqueuse buccale, ayant pour agent pathogène le polymicrobisme buccal.*

Telles sont les gingivo-stomatites provoquées par les pyrexies, le diabète, le brightisme, la grossesse, les traumatismes, le tartre, le mercure, le plomb, le bromure. Elles peuvent être d'origine diabétique, mercurielle, traumatique, etc., de forme érythémateuse, ulcéreuse,

gangréneuse, etc., elles sont toujours septiques polymicrobiennes.

L'auteur discute ensuite la légitimité de différentes entités de gingivo-stomatites actuellement admises et défend sa conception par un exposé très intéressant et très suggestif. Son mémoire demande à être lu intégralement et nous y renvoyons le lecteur.

M. CHOMPRET conteste à M. Lebedinski la priorité de l'idée qu'il réclame pour Galippe et lui-même.

M. LEBEDINSKI répond que sa thèse renferme l'historique impartial de la question.

M. SEBILEAU est en complète communion d'idées avec M. Lebedinski.

*7 août.*

Au début de la séance du 7 août, M. le Professeur ETERNOD, doyen de la Faculté de Genève, expose la *distribution des efforts mécaniques dans l'appareil masticateur.*

Les effets se distribuent toujours, dans l'organisme animal, suivant des trajectoires de pression et de traction se coupant à angle droit à leur point d'intersection. Cela est vrai pour les os, l'émail dentaire, le ligament alvéolo-dentaire.

Malheureusement le *compte rendu du Congrès* ne peut renfermer la description de cette idée qui nécessite de nombreux diagrammes, schémas, croquis, etc. L'auteur y reviendra ultérieurement.

Il en est de même pour la *théorie bicuspidienne de l'appareil dentaire humain.* L'auteur en expose seulement les bases et renvoie à ses publications antérieures, notamment à celle qui parut en 1895 dans *L'Odontologie du D^r P. Dubois* (*sic*).

MM. GAILLARD et PIETKIEVICZ comparent longuement cette théorie à la théorie classique unicuspidienne et M. AGUILHON DE SARRAN croit devoir à ce propos rappeler qu'il a le premier décrit le ligament alvéolo dentaire.

M. J. L. FAURE, sous le titre de *traitement des tumeurs malignes du plancher de la bouche*, rapporte un cas qu'il a opéré et dans lequel il conserva un arc osseux formé par la table externe du maxillaire inférieur. De cette façon il maintient en place les parties molles et facilite la prothèse ultérieure. Il reconnaît cependant que ce procédé n'est pas conforme aux règles de la chirurgie du cancer qui exigent des sacrifices étendus.

M. P. FERRIER étudie *le mode de déhiscence des gencives au moment de l'éruption des dents et son rôle dans les diverses inflammations circumdentaires osseuses et ganglionnaires.* Il décèle à l'aide d'encre la petite fissure gingivale qui précède l'éruption de la dent, et il attribue à cette fissure le rôle de porte d'entrée pour les éléments infectieux.

M. Oscar Amoedo apporte une *contribution à l'étude des travaux à pont en prothèse dentaire.*

Les avantages du pont sont : la suppression de la plaque qui irrite les gencives et rapetisse la bouche, sa longue durée, le point d'appui solide qu'il donne pour la trituration des aliments, la suppression des crochets qui carient et ébranlent les dents. *Enfin et surtout jamais bridge n'a occasionné de cas de mort*, jamais bridge n'a été dégluti, *alors que cet accident est fréquent* avec les petits appareils à plaque ; l'auteur a même pu réunir trente cas de mort imputables à cette cause.

Comme indications l'auteur reconnaît : l'habitude du sujet de se laver les dents régulièrement, la bonne implantation des dents qui doivent porter l'appareil et la non-septicité de leurs canaux. Il donne aussi les indications topographiques de ce travail.

Comme contre-indications il signale : la mauvaise hygiène buccale ordinaire, le diabète, la morphinomanie, les gingivites, la pyorrhée alvéolaire, la nécessité de restituer par de la fausse gencive l'atrophie des procès alvéolaires.

Enfin trois conditions devront toujours être remplies : ne jamais sectionner une couronne saine, ne jamais laisser sous le pont une racine infectée, toujours construire ce pont de manière à le rendre facile à nettoyer.

Dans l'étude, d'ailleurs intéressante, de M. Amoëdo, nous n'avons à signaler aucun point original.

M. Bacque communique des observations de *manifestations buccales consécutives à la grippe* dont il a vu deux formes : polyarthrite alvéolo-dentaire et stomatite aphteuse.

M. Lebedinski conteste absolument la nature *aphteuse* de la stomatite observée.

M. Rodier y croit au contraire et l'explique par l'administration aux malades grippés de lait de bêtes atteintes de fièvre aphteuse.

M. J. Ferrier a constaté que souvent cette « stomatite aphteuse » est due à des troubles gastro-intestinaux.

8 *août.*

M. Giuria, de Gênes, lit à l'ouverture de la séance du 8 août, son rapport *sur l'intervention thérapeutique dans les anomalies de position et de direction des dents.*

Pour prévenir les malformations de l'arcade dentaire, il faut éviter l'extraction précoce ou tardive des dents temporaires, la perte prématurée des molaires permanentes, la respiration par la bouche provoquée par les tumeurs adénoïdes, certaines mauvaises habitudes des enfants.

Les opérations orthodontiques se pratiqueront de préférence entre

12 et 16 ans. Quand l'espace manquera, on fera l'expansion des arcades ou l'on extraira la première prémolaire ou la première molaire. Le meilleur appareil de redressement est le plus simple : une plaque de caoutchouc avec des chevilles pour pousser et des fils d'or pour faire contre-pression. *L'appareil de Gaillard est excellent, mais trop cher pour les clients pauvres.*

L'auteur divise les anomalies des maxillaires en prognathisme et opisthognathisme; pro, ortho, et opisthogénisme, et mordex apertus. Les moyens de traitement sont sommairement énumérés.

M. Talbot, de Chicago, lit ensuite son rapport sur le même sujet.

M. Quinet est partisan de la rotation brusque, à laquelle il trouve tous les avantages.

M. Gaillard en est moins enthousiaste, il craint la mortification de la pulpe et ses conséquences, abcès, fistules, etc.

Pour M. Quinet ces derniers, quoique possibles, sont plus théoriques que réels, car il y a torsion, et non rupture *du nerf* (*sic*). D'ailleurs « *nous sommes ici docteurs en médecine, et, chaque fois qu'il est possible, il nous faut donner la préférence à l'opération chirurgicale* ».

M. Chompret rappelle l'appareil de M. Gaillard qui se prête à tous les cas.

M. Jarre expose *le traitement des maladies inflammatoires et ulcéreuses de la muqueuse buccale chez l'homme par l'acide chromique*, qu'il y applique systématiquement depuis huit ans. Les résultats sont remarquables : un des plus appréciables est la suppression très rapide de la douleur. Il n'a échoué que dans la leucoplasie linguale.

Il est important de signaler la nécessité d'employer l'acide chromique *pur* et la grande difficulté de se le procurer dans le commerce. Celui qu'on trouve couramment renferme une proportion notable d'acide sulfurique. Pur, il forme une masse spongieuse, amorphe, violacée. Il convient de l'employer à l'état déliquescent. On l'appliquera à l'aide d'un peu d'ouate enroulée sur une fine pointe de bois, et légèrement imbibée. La bouche sera lavée à grande eau cinq secondes après l'application.

Sous le nom d'*odontocie et d'ostéocie*, M. Ferrier fait une étude, à notre sens, remarquable et importante : l'importance générale de la proportion de phosphate de chaux que renferme l'organisme et des renseignements fournis sur ce point par le système dentaire.

A l'*état normal* la proportion de phosphate de chaux que renferme le squelette peut varier de 83 à 51 0/0. Au-dessous de cette proportion on tombe dans l'*ostéomalacie*. Or le système dentaire et le squelette ont une minéralisation parallèle.

L'auteur a vérifié ce fait en interrogeant ses patients à dents mal calcifiées sur la façon dont ils se comportent dans l'eau. Tous, sans

exception, ont, avec des variantes, reconnu qu'*ils flottaient,* ce qui indique bien une densité inférieure à la normale. C'est cet état que M. Ferrier désigne sous le nom d'*ostéocie* (ωκυς, léger) pour les os et d'odontocie pour les dents.

Or cette diminution du phosphate de chaux a pour l'équilibre organique des conséquences importantes. Elle est la cause première de l'*hémophilie*, elle fait varier dans des proportions considérables le pronostic de la *tuberculose*; enfin il est reconnu que l'absence de phosphate de chaux joue un grand rôle dans l'étiologie des *névroses.*

On voit ainsi les grosses remarques qu'on peut faire par la seule inspection du système dentaire et le rôle important que vient prendre l'intervention du spécialiste quand il est amené à prescrire, pour les dents, l'administration du phosphate de chaux.

M. J. Ferrier, à l'appui de la communication de son frère, rapporte deux observations intéressantes. Dans un cas il peut déceler une tuberculose à son début absolu par l'*effondrement* brusque d'un système dentaire jusque-là en bon état.

Sous le nom de *fistules odontopathiques*, M. Gires rapporte trois observations dont les deux premières eussent pu amener une discussion des plus intéressantes si l'auteur avait jugé à propos de discuter l'origine trophonévrotique *possible* d'après les antécédents des malades, et que M. Mendel-Joseph avait tenté de faire admettre dans un travail remarquable qui méritait mieux que le dédain.

M. Knight fait, en s'accompagnant de projections, l'étude *des tumeurs bénignes du palais et du voile du palais.*

M. Pietkiewicz décrit sa technique pour l'emploi *des Rayons* X *en stomatologie* et qui consiste à envelopper un fragment de pellicule sensible entre deux feuilles d'étain mince dont la plus large est repliée sur la moins large. Il cite, en les accompagnant de projections, les cas les plus intéressants dans lesquels il a appliqué ces rayons.

M. Combes, tout en reconnaissant que l'auteur précédent l'a spontanément cité, croit devoir revendiquer pour lui la priorité du procédé, et il reproduit le travail qu'il communiqua à l'Académie des sciences en juin 1897.

M Pietkiewicz croit que cette protestation n'avait rien d'indispensable pour qui aurait voulu écouter attentivement sa communication. De plus il faut faire remarquer deux points, l'un que le procédé de M. Combes s'applique à toute la face, l'autre que ses résultats *dentaires* sont inférieurs aux siens propres.

M. Lebedinski communique un cas de *nécrose de l'os incisif.*

M. Saussine parle sur *une implantation anormale d'une incisive centrale supérieure, son diagnostic par les Rayons X et son traitement.*

M. Gourc présente également des *radiographies intéressantes* : présence de canines incluses horizontalement dans le maxillaire

supérieur; présence d'une racine dans un cas de kyste paradentaire, présence de dents permanentes après une opération sur un maxillaire d'enfant; kyste paradentaire pris pour une exostose.

M. Nicolescu expose les principes *du redressement des dents par le cordonnet de soie.* Ce cordonnet en se mouillant se raccourcit comme toute corde formée de fil textile, et, à cause de sa trame très serrée, se raccourcit plus que toute autre corde. On l'applique sec sur la dent et, sous l'influence de la salive, la traction de la dent s'opère spontanément. Une condition indispensable est d'avoir de l'espace : s'il manque, on en fera par une *extraction* qu'on appellera *orthopédique*. Le redressement s'opère mieux sur les jeunes sujets que sur les vieux; le sexe n'a pas grande importance. Pour appliquer le fil à sec, on placera des rouleaux de coton dans les sillons gingivo-buccaux, on prendra son point d'appui sur les prémolaires ou sur les molaires, le fil sera noué à la partie antérieure de l'arcade. Le fil sera changé toutes les 24 heures. *La sensibilité due au procédé est assez grande pour obliger le sujet à tenir la bouche ouverte. Ceci est un avantage qui rend inutile la surélévation de l'articulé dans les cas où cela aurait été nécessaire avec d'autres méthodes. Ce procédé est aussi le plus simple de tous. Son seul inconvénient est de mobiliser à la fois les dents à redresser et les autres, celles sur lesquelles on prend le point d'appui : en plus de tous ses avantages, il a aussi pour lui la grande autorité de M. Cruet, qui l'emploie presque exclusivement.*

M. Gaillard reproche à toutes les communications qui ont été faites sur ce sujet l'absence de méthode : chacun cite le procédé employé par lui dans un cas particulier, mais personne n'a remonté aux principes. Il semble même qu'on tourne en un cercle étroit, puisque maintenant on revient aux procédés déjà vieux de Bunon et de Fauchard, sans même en signaler les inconvénients déjà reconnus antérieurement.

Il s'élève énergiquement contre la rotation brusque, malgré le séduisant *relief chirurgical* qu'elle donne au dentiste.

La cause ordinaire des anomalies de position est une implantation folliculaire défectueuse : l'auteur le démontre par des pièces et des moulages.

Un appareil doit être fixe et immuable, d'une résistance supérieure aux tractions auxquelles il sert de point d'appui. Les forces agissantes seront modérées et constantes. L'appareil peut être d'un type uniforme, mais l'application des forces varie à l'infini et ne peut guère s'apprendre que par la clinique.

M. Miller a présenté au Congrès de Moscou un vœu sur l'*examen obligatoire des dents des enfants des écoles par des spécialistes* et il le représente au Congrès de Paris.

M. Lempert également voudrait rendre la consultation dentaire obligatoire une fois par semaine.

M. J. Ferrier n'oublie pas le côté pratique de la question. Une visite sérieuse et consciencieuse des bouches de toute une école est longue et fatigante. Le spécialiste ne pourra guère donner en plus des soins à tous ceux qui en auront besoin. Il devra donc incomber aux parents d'y pourvoir, à moins que le titulaire ne soit flanqué d'un nombre d'aides suffisant.

Dans le même ordre d'idée, M. Richer pense qu'*imposer les soins serait une atteinte à la liberté individuelle.*

M. Gaillard d'ailleurs doute de l'efficacité d'un règlement qui se heurterait à des habitudes populaires invétérées : on traîne l'enfant chez le dentiste pour lui faire extraire sa dent, quand il souffre depuis longtemps.

M. Kowarsky, de Moscou, appelle l'attention *sur l'emploi du cellulo-acétone en art dentaire.* L'auteur, après des recherches minutieuses et beaucoup d'essais, semble être arrivé à découvrir une substance très analogue à celle qui est depuis quelques années vendue sous le nom de *colle-tout.* Elle peut servir à coller les fragments d'empreinte au plâtre, les modèles brisés, à réparer l'os, la porcelaine, le verre, le bois, les dents de porcelaine cassées en deux, les appareils de caoutchouc.

L'auteur s'en sert également pour obturer les dents antérieures, pour fixer les dents à pivot, pour fixer les pansements, sceller les blocs de porcelaine, enfin *pour consolider les dents dans la pyorrhée alvéolaire.* Encore l'auteur n'énumère-t-il pas tous les cas où le cellulo-acétone peut être employé avantageusement.

MM. Ferrier et Gaillard émettent des doutes sérieux sur les résultats annoncés par M. Kowarsky.

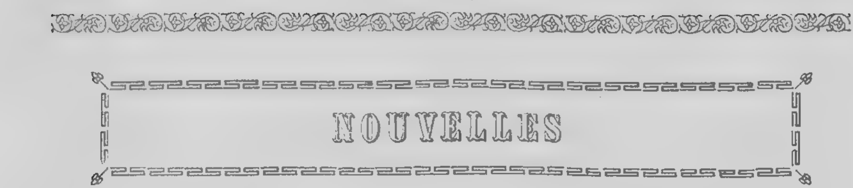
M. Ferrier propose, pour *abréger la durée d'application du plan incliné dans les déviations des dents antérieures, de pousser en dedans les dents inférieures, en même temps qu'on pousse en dehors les dents supérieures : « Une chambre réservée dans la gouttière de vulcanite derrière chaque dent à repousser en arrière ; une cheville de bois comprimé traversant la paroi antérieure de la gouttière au niveau de chacune des dents sont, pour obtenir ce résultat, les seules modifications à apporter à l'appareil de Catelan. »*

Le Congrès se termine par une allocution de M. Richer et un discours de M. Pietkiewicz.

10 *août.*

Le 10 août, au matin des démonstrations pratiques ont eu lieu à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Pietkiewicz. M. Kowarsky a montré l'emploi *du cellulo-acétone*, M. Younger, le traitement de la

*pyorrhée alvéolaire*, M. SCHREIER, le traitement des dents infectées par le *potassium-sodium*, et l'anesthésie de la dentine par la *solution de Schleich*, que, dit le compte rendu, il emploie en *injection* après *pulvérisation* d'éther ou de chlorure d'éthyle. M. JENKINS présente des *obturations d'émail* et M. AMOEDO des résultats éloignés d'*implantations dentaires*. M. NOGUÉ fait une démonstration d'anesthésie par le *protoxyde d'azote et l'oxygène*. M. KÉLÈNE (?) endort à l'aide du *chlorure d'éthyle pur* un membre du Congrès. M. AMOEDO fait une *implantation*. Enfin M. YOUNGER montre la façon de pratiquer le *redressement par le cordonnet*.




### Service dentaire de l'asile Sainte-Anne

Nous lisons dans le *Bulletin municipal officiel* du 28 décembre l'appréciation suivante du service dentaire de l'asile clinique Sainte-Anne, fonctionnant sous la direction de M. Poinsot, professeur honoraire à l'École dentaire de Paris.

« Sur 2.245 visites de malades constatées en 1900 :

223 intéressent les malades de l'asile ;

270 le personnel ;

1.952 les consultants externes.

C'est donc avec raison que nous avons compris ce service sous la rubrique générale des œuvres d'assistance. Les résultats obtenus sous l'habile et dévouée direction de M. Poinsot sont toujours très satisfaisants ; nous rendons un hommage mérité au zèle désintéressé de cet honorable praticien et de ses aides.

Nous ne trouvons pas dans le compte administratif les éléments qui nous permettraient d'établir le coût de ce service, mais nous avons tout lieu de croire qu'il dépasse encore de beaucoup la subvention de 1.000 francs allouée par la ville de Paris. Cette somme est, croyons-nous, mise entièrement à la disposition du chef de service pour l'entretien de son matériel. Toutes autres dépenses : médicaments, mobilier, service, indemnités, etc., restent, sans compensation aucune, à la charge de l'asile. »

---

### Prix Philippe Ricord.

Nous sommes heureux d'apprendre que l'Académie de médecine a décerné le prix Philippe Ricord à M. le Dr F. Besançon, professeur de clinique médicale à l'École dentaire de Paris.

Nous adressons à notre distingué professeur toutes nos félicitations.

N. D. L. R.

---

### A propos d'une causerie sur la prothèse dentaire.

*Le Progrès médical belge* a reproduit la causerie de M. Delair publiée dans le numéro du 15 octobre 1901 de *L'Odontologie* ; il

insère à ce propos la note suivante, à laquelle nous nous associons pleinement.

« A la suite de la causerie de M. Delair, nous avons reçu plusieurs félicitations à adresser au confrère français. Parmi elles, nous ne pouvons nous empêcher de choisir celle de M. Delapierre, chef de service aux hôpitaux de Bruxelles, et d'en donner connaissance à tous nos confrères. La voix est celle d'un maître en la matière, cela suffit à en démontrer la valeur :

*Mon cher Quintin,*

*Je lis dans le* Progrès Médical Belge *du 15 novembre dernier l'article de M. Delair (de Nevers). Bravo ! trois fois bravo ! Voilà en deux mots les choses mises au point par notre confrère. On ne saurait assez faire bénéficier le public de ce jugement exact et qui est bien l'expression de la vérité, et y donner la plus grande publicité possible. Si vous le voulez bien, je vous demanderai de présenter à M. Delair, que je n'ai pas l'honneur de connaître, mes félicitations personnelles.*

*Je vous serre bien cordialement la main.*

L. Delapierre.

---

## Les dents et le recrutement.

Décidément les dents jouent un grand rôle dans le recrutement anglais.

Je vous ai raconté, il y a quelque temps, que le War Office avait rapporté un ordre rendu précédemment, d'après lequel les médecins du bureau de recrutement devaient refuser tous les engagés auxquels il manquerait des dents, ou qui auraient de fausses dents.

Il paraît, en effet, que lors du recrutement, ici, de la brigade de gendarmerie sud-africaine, formée sous le commandement du général Baden-Powell, plus de 60 o/o des hommes qui demandèrent à s'enrôler ont dû être refusés à cause de leur mauvaise dentition.

Le nouvel ordre permet de déclarer bons pour le service les engagés auxquels il ne manquerait qu'une ou deux dents.

Des centaines de volontaires qui ont répondu au récent appel pour combler les vides dans la yeomanry, dans l'Afrique du Sud, ont néanmoins été déclarés « mauvais pour le service », parce qu'il leur manquait des dents.

Les hôpitaux dentaires de Londres viennent d'aviser les autorités militaires qu'ils sont prêts à rendre « bons pour le service » tous les hommes refusés pour mauvaise dentition, moyennant une livre par tête. Ce n'est réellement pas cher !

*(Echo de Paris.)*

---

### Les dentistes dans l'Afrique du Sud.

Le nombre des dentistes militaires envoyés à l'armée de l'Afrique du Sud, vient d'être augmenté, la campagne ayant eu, paraît-il, un déplorable effet sur les mâchoires des soldats anglais. C'est peut-être le moment de signaler que plus de trente millions de dents artificielles sont fabriquées annuellement aux États-Unis. Elles reçoivent d'ailleurs une teinte différente suivant la partie du monde à laquelle elles sont destinées. Pour l'Europe, en général, la teinte est d'un blanc mat, sauf pour l'Espagne et l'Italie où l'on préfère un blanc brillant de porcelaine. Pour l'Amérique du Sud, généralement, la teinte est jaunâtre. Pour la Chine, le Japon, et quelques parties de la Russie, la teinte varie du bleuâtre au noirâtre.

*(L'Eclair.)*

---

### Les dentistes militaires aux Etats-Unis.

On comptait au mois d'août dernier 27 dentistes militaires dans l'armée des Etats-Unis d'Amérique; il restait encore 3 postes à pourvoir de titulaires.

---

### Institut dentaire de l'Université de Breslau.

Le nouvel Institut dentaire de l'Université de Breslau a été inauguré le 4 décembre. La clinique comprend deux grandes salles au premier étage installées avec les derniers perfectionnements; deux salles sont également consacrées aux obturations; la prothèse en occupe trois.

---

### Congrès dentaire international a Saint-Louis en 1903.

Lors de l'Exposition universelle qui aura lieu à Saint-Louis (Missouri) en 1903 pour célébrer le centenaire de l'achat de la Louisiane il sera tenu dans cette ville, dit le journal américain *Items of interest*, un Congrès dentaire international. L'Association nationale dentaire du Missouri a nommé un comité de sept membres qui, a commencé les travaux préliminaires ceux-ci seront continués par l'Association dentaire nationale, laquelle demeure chargée de l'organisation définitive.

# GROUPEMENT DE L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

**Trois Médailles d'argent et une Médaille de bronze**
*à l'Exposition universelle de 1900*

Tous les dentistes, médecins, fournisseurs pour dentistes, désirant faire partie de la Société civile de l'Ecole dentaire de Paris, de la Société d'Odontologie de Paris, de l'Association générale des dentistes de France, remplissant les conditions stipulées aux statuts, devront adresser une demande d'admission au Président, contresignée de deux membres de la Société.

Pour tous renseignements, s'adresser à l'Ecole dentaire de Paris 45, rue de La Tour-d'Auvergne.

---

## SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

BUREAU POUR L'ANNÉE 1901

MM. Dr **E. Sauvez**, ❦, *président.*
**Choquet**, ❦, *vice-président.*
**de Marion**, ❦, *vice-président.*

MM. **Mendel-Joseph**, *secrétaire général.*
**Charpentier**, *secrétaire des séances.*
**de Croës**, *secrétaire des séances.*

MM. **L. Richard-Chauvin**, I ❦. } *Administrateurs délégués par le Conseil de Direction*
**Touvet-Fanton.** } *de l'Ecole Dentaire de Paris.*

PRÉSIDENT HONORAIRE : M. **Poinsot**, I ❦.

Les réunions de la Société ont lieu le premier mardi de chaque mois.

---

## ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE

CONSEIL DE DIRECTION POUR L'ANNÉE 1901

BUREAU

MM. Dr **Roy**, ❦, *président.*
**De Marion**, ❦, *vice-président.*
**Audy**, *vice-président.*

MM. **Stévenin**, *secrétaire général.*
**Billet**, *secrétaire adjoint.*
**Rollin**, ❦, *trésorier.*

PRÉSIDENT HONORAIRE : M. **Poinsot** I ❦.

MEMBRES DU CONSEIL

PARIS

MM. **Claser** ✠, **D'Argent** ❦, **Devoucoux**, Dr **Godon** ✽, ❦, **Lemerle**, I ❦, Dr **Maire**, **Martinier**, ❦, **Ed. Papot**, ⚘, ❦, **Richard-Chauvin**, I ❦, Dr **Sauvez**, ❦, **G. Viau** ✽, I, ❦,

PROVINCE *(Nord-Est).*

**Audy** (Senlis), **Chouville** (Saint-Quentin).

*Sud-Est.*

MM. Dr **Pont** (Lyon), **Schwartz** ❦ (Nîmes).

*Nord-Ouest.*

**Coignard** (Nantes), **Richer** (Vernon).

*Sud-Ouest.*

**Douzillé** (Agen), **Torres** (Bordeaux).

MEMBRES HONORAIRES

MM. **Aubeau** (Dr) I ❦, **Berthaux**, **Debray** père, **Dugit** père, **Dugit (A.)**, **Gardenat**, **Pillette**, **Ronnet** ❦, **Wiesner**, ✽, ❦.

COMITÉ SYNDICAL

MM. **Stévenin**, *président* ; **Devoucoux**, *secrétaire* ; **Billet**, **De Marion**, **Papot.**

CAISSE DE PRÉVOYANCE

MM. **Billet**, **Devoucoux**, **Papot**, **Rollin**, **Stévenin.**

---

## AVANTAGES OFFERTS AUX MEMBRES DE L'ASSOCIATION

Service gratuit de *L'Odontologie.*

Conditions particulières consenties par la Cie d'assurances l'*Union*

Conditions spéciales consenties par **M. Vinsonnaud**, attaché au service « *Accidents* » de la Compagnie d'assurances « *La Foncière-Transports* ».

1re annuité, réduction de **7 0/0** à l'intéressé.
— versement de **3 0/0** à la Caisse de secours de l'Association.

22e ANNÉE. N° 2 30 JANVIER 1902 VOL. XXVII



**L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.**

## Travaux Originaux

### DE LA DÉSINFECTION DES DENTS

#### NOCIVITÉ DE LA DÉSHYDRATION ABSOLUE

*Réplique à M. Choquet.*

Par M. A. LOUP,
Professeur suppléant de clinique à l'École dentaire de Paris.

(*Communication à la Société d'Odontologie de Paris. Séance du 16 décembre* 1901).

Au Congrès d'Ajaccio M. Choquet a terminé la lecture de sa communication sur la stérilisation des dents par cette réponse à l'argumentation que je lui avais adressée au mois de juin à la Société d'Odontologie :

« Nos assertions sont basées sur des expériences personnelles et précises, et nous répondrons à notre collègue à l'École dentaire de Paris, M. Albert Loup : 1° qu'il lui est matériellement impossible de déshydrater une portion de dentine au moyen du chloroforme, vu le peu de solubilité de celui-ci dans l'eau ; 2° qu'il est absolument irrationnel de confier à la nature seule le soin de réagir dans le cas qui nous occupe ; 3° que l'antisepsie n'est pas, comme il le dit, la création d'un milieu impropre à toute vitalité ; 4° que dans la dent, après la mort ou la disparition de la pulpe, la portion vivante n'est

pas le cément, mais bien le ligament alvéolo-dentaire, sans lequel la dent ne tiendrait pas dans son alvéole; 5° que l'hydronaphtol employé comme nous l'indiquons, loin de tuer la pulpe, sert pour ainsi dire d'excitant à la couche odontoblastique; 6° que les odontoblastes et non les fibrilles dentinaires, comme le dit mon collègue, viennent à sécréter de la dentine secondaire très appréciable après huit jours, dentine secondaire que nous ne pouvons mieux comparer qu'à la sclérose qui se produit dans l'organisme. »

Voilà la réfutation complète, mais non évidente, de mon argumentation ; j'ai voulu la donner en entier afin qu'on puisse juger si notre confrère, avant d'écrire, avait bien lu mon article.

Dans la discussion qui suivit cette lecture, il accentua de telle sorte cette curieuse réponse que je me suis demandé si j'avais bien formulé ma pensée. Le doute ne subsista pas longtemps dans mon esprit. Il y a de la part de notre confrère une erreur d'interprétation qu'il sera le premier à reconnaître, j'en suis sûr, car on ne doit pas faire sciemment usage d'un artifice dans une discussion.

La précision des assertions dont s'honore M. Choquet me fait un devoir d'une plus grande précision encore.

Comme je l'ai dit dans mon premier article, j'ai beaucoup admiré, donc suivi, les expériences de laboratoire de M. Choquet.

Laissant de côté toute discussion au point de vue chimique ou bactériologique, d'autres confrères s'en étant chargés, j'ai beaucoup songé au procédé qui nous était présenté, j'y ai mûrement réfléchi et, ayant été le premier à soulever des objections sur sa valeur clinique, il est de mon devoir ou de m'avouer vaincu ou de continuer à vouloir m'éclairer.

Eh bien, je le regrette, au lieu de lever mes doutes, sa réponse obscure, la lecture attentive de ses travaux, n'ont fait que me plonger davantage encore dans mes premières idées et je ne puis qu'accentuer ce que j'ai déjà dit à savoir que cette méthode est inapplicable dans le cas principal où elle est proposée, la phase parapulpaire.

Dans un deuxième article je dirai ce que j'en pense dans le quatrième. D'ailleurs, tout en démontrant la façon toute superficielle dont m'a répondu M. Choquet, je démontrerai qu'il y a longtemps que je me servais de l'alcool dans le même but que lui, sans vouloir prétendre à une priorité quelconque, car j'imagine que beaucoup de confrères s'en servaient, et j'espère trouver la preuve de la nocivité de la désinfection profonde de la dentine dans les propres paroles de M. Choquet.

Pourquoi essayer de donner le change sur mon véritable procédé et se rendre la réponse facile en m'attribuant une idée qui n'est pas la mienne? J'emploie, moi, *l'alcool absolu;* j'ai dit expressément que c'était cet agent que je recommandais dans mon service de clinique. Dès lors pourquoi aller chercher, pour me l'attribuer en propre, le chloroforme, que je n'ai jamais employé comme déshydratant, et que je n'ai cité qu'au cours d'une énumération, en rappelant ainsi, sans défendre ni critiquer, que *d'autres confrères* avaient utilisé cet agent ?

M. Choquet sait pourtant bien que mon énumération, avait pour but de protester contre cette affirmation, émise à la Société d'odontologie, qu'avant lui personne de nous ne savait ce qu'il faisait en utilisant ces médicaments. (*L'Odont.* 15 juin, page 530.)

Je sais que M. Choquet ne l'a pas dit pour blesser qui que ce soit, sa courtoisie est connue ; ce sont des phrases qui souvent dépassent la pensée, si bien que dans mon premier article je m'étais contenté de le signaler sans m'y arrêter outre mesure.

Sa réponse demandait cette explication pour bien faire surgir de mon texte, peut-être obscur, et que je reproduis, la véritable idée :

« Il n'est pas un de nous qui n'ait employé dans le but de stériliser la dentine,... l'alcool, le chloroforme, l'éther, etc. ; puis, le pouvoir déshydratant de ces agents est mis en valeur par nombre de confrères qui se font certainement une juste idée de la stérilisation dentinaire par l'emploi simultané d'un dessicant et d'un antiseptique ».

Et plus loin enfin. « Dans le service du mardi à l'École dentaire de Paris, par exemple, l'alcool a toujours été indiqué..... etc., etc. »

Il me semblait donc avoir été suffisamment clair, puisque en première ligne, comme dessicants, je plaçais l'alcool et puisque j'accentuais ma préférence, en signalant que dans mon service de clinique l'alcool était indiqué, à l'exclusion des autres agents. J'avais pris la première preuve qui se présentait à moi pour démontrer que depuis longtemps je m'en servais ; c'est tout. A cet égard, du reste, je crois devoir reproduire la lettre suivante que m'adresse le docteur Mahé :

Mon cher ami,

A mon avis, vous avez tort de ne pas utiliser pour la discussion que vous voulez engager le témoignage que peut vous apporter votre service de clinique à l'École dentaire, car, en le négligeant, non seulement vous en perdez vous-même le bénéfice, mais l'Institution tout entière se trouve lésée du bénéfice moral qu'elle pouvait tirer du travail d'un de ses membres. Quoi qu'il en soit, il m'est facile de vous répondre à la question que vous me posez. Donc, le 6 avril 1899 (cette précision n'étonnera pas quand j'aurai dit que je note aussi exactement les opérations dentaires que je subis que celles que je pratique), vous m'avez aurifié l'incisive centrale inférieure droite. Cette aurification, soit dit en passant, est toujours en excellent état, malgré la fragilité de la dent. Je me souviens parfaitement qu'après avoir placé la digue vous avez lavé la cavité à l'alcool, puis, je crois, au phénol et je m'en souviens parce que, l'opération terminée, je fis cette remarque que vous aviez oublié de reboucher votre flacon. Je vous fis observer que, puisque vous cherchiez, par le moyen de l'alcool à déshydrater la dentine, il fallait éviter de laisser cet alcool s'hydrater au contact de l'air, sous peine de ne plus obtenir le résultat cherché. A ce moment je m'occupais moi-même du même sujet, à propos de l'analgésie dentinaire et j'ajoutai le conseil, j'en ai le souvenir absolument précis, de vous servir du sulfate de cuivre calciné pour vérifier la teneur en eau de votre alcool.

Voici, mon cher ami, le témoignage que je puis vous apporter : quoiqu'il n'ait pas été publié sous forme d'interview, je suis convaincu que nos confrères ne mettront pas ma parole en doute.

Mais, puisque vous voulez aborder cette question de l'historique de la déshydratation, je puis vous offrir mieux qu'un souvenir. J'ai moi-même quelques mots à dire sur le même sujet. Vous savez qu'il m'est

pour ainsi dire impossible de me rendre l'hiver aux réunions de la Société. Voulez-vous être assez bon pour lire, en mon nom, la note ci-jointe : par la similitude du sujet, la discussion gagnera en unité et il ne sera plus nécessaire de revenir sur cette question.

J'ajoute qu'à propos d'une discussion sur un travail de M. Mendel-Joseph (avril 1901) je signalai des idées extraites d'une étude que j'avais faite sur le traitement du troisième et du quatrième degré et qui ne fut pas publiée. Or, dans cette étude, je remarque aux pages 15 et 25 de mon manuscrit que je préconise l'alcool pour déshydrater la dentine avant l'emploi des antiseptiques. Si nous voulons bien remarquer qu'en 1899 j'en fis l'application à M. Mahé, cela m'évitera l'assignation d'une date à un procédé qui, dans mon idée, ne devait pas faire autant de bruit que le désirait M. Choquet, parce que je n'avais pas, moi, la prétention de l'avoir inventé.

Bien qu'ayant d'autres preuves encore, j'estime aussi qu'il n'est plus utile de revenir sur la question de l'alcool.

La deuxième réfutation de mon contradicteur est celle-ci :

« Il est absolument irrationnel de confier à la nature seule le soin de réagir dans le cas qui nous occupe, cela équivaudrait à abandonner une maladie quelconque à elle-même, au lieu de la soigner. »

Je suis absolument de cet avis et, à moins d'avoir perdu toute espèce de sens commun, je ne me départirai pas de cette vérité qu'il faut aider un malade à guérir autant qu'il est en notre pouvoir de le faire. Mais où ai-je bien pu écrire cela? Faire montre d'une ignorance si grande, moi qui ai signalé, peut-être le premier, le défaut du coiffage par une phrase bien simple : la pulpe est malade ou elle ne l'est pas. Si elle l'est, soignez-la avant de la coiffer, guérissez-la d'abord, etc. ! Peut-être, après tout, M. Choquet ne le savait-il pas. Il ignorait les définitions que MM. Mahé, Schoull, Mendel-Joseph, ont relevées il n'y a pas longtemps.

En outre à la page 78 et 79 de *L'Odontologie* du mois de juillet 1901 il n'est question que de mes craintes de

voir dépasser le but de notre thérapeutique par le « procédé Choquet ».

Page 80, je dis :

« Contentons-nous de détruire à la surface de ce terrain apparemment sain les micro-organismes oubliés par l'instrument et laissons les autres en face de l'organe plus fort, plus vigoureux puisque l'ennemi est plus faible et la lutte amènera la victoire, c'est-à-dire la guérison. »

Apparemment c'est ce passage qui a dû tromper M. Choquet ; encore que très occupé du congrès, il n'a du en lire que la dernière ligne, autrement il n'aurait pu de bonne foi me faire le reproche de ne vouloir rien soigner. Que veut dire : détruisons les micro-organismes oubliés par l'instrument, sinon spécifier un traitement dans ce but?

M. Choquet ne partage pas non plus mon idée sur l'antisepsie, car il me lance ce pavé qui eût été lourd à recevoir, si sa direction, mal assurée par les mains de son hâtif pointeur, ne l'avait fait tomber à côté :

« L'antisepsie, me dit-il, n'est pas la création d'un milieu impropre à toute vitalité ; je ne sais sur quels documents M. Loup se base, mais si Pasteur avait raisonné ainsi nous en serions encore à la pourriture d'hôpital ! »

Je ne crois pas avoir commis la lourde erreur que veut bien me prêter mon collègue ; je considère que la définition que j'ai donnée de l'antisepsie est une vérité d'une évidence telle que mon cerveau ne saurait la comprendre autrement; je n'ai point besoin de documents, et ils ne manquent cependant pas pour confirmer ma pensée. Le laboratoire n'a pas supprimé le raisonnement et mon intelligence se trouve suffisamment éclairée par cette vérité, et j'estime que celui qui n'aurait pas de l'antisepsie une compréhension analogue ne saurait en faire de bonnes applications thérapeutiques.

En effet, qu'est-ce donc que les différents titrages des solutions si ce n'est l'expression même qu'au delà de cette proportion pour cent se trouve la mort des cellules organiques ? C'est la connaissance de cette incompatibilité avec la

vie cellulaire qui nous fait user avec prudence des antiseptiques et lorsque j'ai dit :

« L'antisepsie est la création d'un milieu impropre à toute vitalité. »

J'appelais l'attention sur ce point en ajoutant :

« Si donc nous manions les antiseptiques, il faut nous en servir de telle sorte qu'ils nous débarrassent des microbes, mais restent sans action sur les cellules saines. »

Je ne pouvais pas être plus clair, je ne pouvais pas mieux faire ressortir l'importance qu'il y avait à connaître que nous nous servions d'une arme à deux tranchants (et chacun sait que dans les dents nous nous servons des *antiseptiques purs*) qu'en reprenant le texte de mon manuscrit :

« Nous devons nous servir des antiseptiques de telle sorte que, s'ils doivent tuer les microbes, s'ils peuvent et *doivent* achever l'agonie des cellules déjà atteintes par la maladie, ils doivent être sans action sur les cellules saines. »

Et d'ailleurs, comment pourrait-on m'expliquer autrement l'action des antiseptiques ? Pourquoi les microbes ne vivraient-ils pas dans un milieu admirablement approprié à leur développement ?

Si donc l'antiseptique tue le microbe, c'est qu'il est toxique pour le microbe. Or, le microbe est une cellule, comme nos propres cellules et en particulier comme nos lymphocytes et nos phagocytes. Sans méconnaître que ces cellules ne sont peut-être pas de nature absolument identique, et sans méconnaître la plus grande résistance des nôtres, par le fait d'une réunion en une collectivité solidaire, les *faits* prouvent que ce qui est toxique pour la cellule microbienne l'est également, et à un degré tout voisin, pour la cellule organique. J'aurais mauvaise grâce à insister, car M. Choquet sait certainement mieux que moi que ces idées s'appuient sur des autorités qui gardent leur valeur aussi bien à son égard qu'au mien.

Cette définition est donc très sûre, inattaquable, et le dosage seul des médicaments diminue leur pouvoir bactéricide.

A l'appui de ce que j'avance, j'ai dit que je n'avais pas besoin de documents, mais cela ne m'empêche pas de signaler quelques passages d'un auteur, le plus incontesté, celui qui plaît le mieux à notre confrère, M. Choquet lui-même. Cet auteur n'a-t-il pas écrit lui-même pages 530-531 de *L'Odontologie* du 15 juin :

« On ne voyait qu'une chose : tuer les microbes, sans s'occuper si du même coup on ne tuait pas l'élément cellulaire ! »

Et c'est à propos des désinfectants qu'il le dit.

Nous y reviendrons en parlant de son traitement dans le deuxième degré, mais tandis que, d'après lui, je me suis trompé sur le pouvoir des antiseptiques, j'apprends de lui une chose d'une importance capitale, qui me fait véritablement me demander lequel de nous s'éloigne de la vérité :

« L'alcool absolu, dit-il, venant en contact avec les éléments cellulaires, les tue et les empêche de se déformer ultérieurement » (page 533, *L'Odont.*).

C'est M. Choquet qui le dit.

Ainsi donc, page 530, les antiseptiques peuvent tuer les cellules ; mais, quand il s'agit de me répondre, ils n'ont pas cette même valeur ; il est vrai que, page 533, c'est l'alcool qui l'a acquise !

Ces contradictions fâcheuses passeront à notre confrère quand il sera moins exclusivement absorbé par le laboratoire.

Qu'il se rassure d'ailleurs ; je prends la responsabilité de mon opinion très ferme et ce n'est pas avec les théories que j'avance et que j'ai l'honneur d'enseigner aux étudiants que l'on arrivera à produire la pourriture d'hôpital.

En somme, je me fais l'idée que, si mon collègue avait été aussi pénétré du rôle réel des antiseptiques que le sont certains cliniciens (je ne parle pas seulement des dentistes), il aurait mieux compris le côté nocif du traitement qu'il présente, il n'aurait pas essayé de transporter à la clinique, sans l'y adapter, pour la plus grande admiration de beau-

coup de confrères, je le reconnais, un procédé de laboratoire, et je n'aurais pas eu le regret très vif d'essayer de démontrer l'erreur de ses conceptions.

J'ai dit, je répète, je soutiens que le traitement « de M. Choquet » est tout ce qu'il y a de plus dangereux dans le deuxième degré de la carie dentaire et j'ai avancé, au commencement de ce travail que je tirerais de l'auteur lui-même les preuves de sa nocivité. Elles sont de trois ordres: le pouvoir de l'alcool, le pouvoir des antiseptiques, la perturbation de la fonction dentinogène.

Le caractère principal dans le procédé de « M. Choquet » consiste, à l'encontre de ce que je pratiquais depuis quelques années, à faire la déshydratation *complète*, absolument *totale* de toute l'épaisseur de l'ivoire qui sépare la pulpe de la cavité cariée. Je manifestais quelque crainte, dans mon premier article, sur cette dessiccation intensive de tout le parcours des fibrilles dentinaires, car il n'était pas douteux pour moi qu'après un tel traitement elles ne pourraient plus charrier les matériaux calcaires nécessaires à la condensation de la dentine, surtout si après cette déshydratation on surajoutait un antiseptique. Dès lors, je voyais la pulpe en danger par le contact immédiat de cet antiseptique et je demandais si elle ne risquait rien. Rien du tout, me répond au Congrès d'Ajaccio notre confrère, *au contraire!*

« Loin de tuer la pulpe, l'hydronaphtol, employé comme nous l'indiquons, sert pour ainsi dire d'excitant à la couche odontoblastique de celle-ci. »

Tout d'abord *avant l'hydronaphtol* (qui n'était pas employé en juin, dans ce même procédé, pour l'être en juillet) *on employait l'alcool*, et page 533 de *L'Odontologie*, je l'ai déjà signalé, M. Choquet nous apprend :

« Que l'alcool, venant en contact avec les éléments cellulaires, les tue et les empêche de se déformer ultérieurement. »

Donc, voilà qui est entendu : *par le traitement à l'al-*

*cool nous tuons les cellules* et il m'est difficile maintenant de comprendre comment, loin de tuer la pulpe, l'hydronaphtol, ajouté après cela, l'excite dans sa couche odontoblastique.

Je pense que notre confrère nous apporte là une affirmation un peu prématurée. La chose en tous cas valait la peine d'une preuve ; je ne la crois pas facile à faire ; aussi ne nous la donne-t-il pas. Il s'ensuit que nous restons sur une affirmation toute gratuite, extra-scientifique, que je n'attendais pas de notre confrère.

Il est vrai que personne mieux que M. Choquet ne pouvait nous montrer la justesse de nos objections. A la Société d'Odontologie du mois de novembre, il nous a signalé deux opérations faites sur des chiens ; sur l'un il fit, dans une dent, une cavité approchant de très près la pulpe, sur l'autre il atteignit celle-ci et il remarqua, au bout de dix ou quinze jours, une production de dentine secondaire qui faisait saillie dans la chambre pulpaire.

Je prends la preuve pour ce qu'elle vaut, c'est-à-dire que, si je n'ai ni le droit, ni l'intention de révoquer en doute l'affirmation de notre confrère, j'ai cependant le droit de faire un certain nombre de constatations qui, en attendant que l'un d'entre nous puisse vérifier ces expériences, ce que je souhaite, me paraissent de nature à en atténuer sensiblement la valeur.

Nous reprochons, car nous sommes plusieurs, à la déshydratation absolue d'empêcher la pulpe d'accomplir sa *fonction physiologique,* c'est-à-dire de dentifier la dentine déjà formée, la dentine normale.

Mais, répond notre contradicteur, la pulpe peut encore former de la *dentine secondaire,* puisque j'ai vu un cône de dentine secondaire *dans une pulpe* de chien, quinze jours après l'avoir touchée !

Pour nous la formation de dentine dans la pulpe est le résultat d'un trouble profond dans le fonctionnement de cette pulpe.

Prouver par un phénomène *pathologique* qu'on n'a pas

altéré *la physiologie* d'un organe, me paraît un peu excessif. Établir, pour en démontrer l'innocuité, que le procédé de désinfection qu'on recommande produit exactement la même lésion que l'infection que l'on combat, me paraît reculer, au delà de l'acceptable, les limites du paradoxe.

En tous cas, sans accorder à cet argument, de pure induction, plus de valeur qu'il n'en peut avoir, ne serais-je pas en droit, en constatant que la lésion *primitive* est la même dans l'infection que dans la désinfection, de craindre légitimement que le *terme final du processus,* c'est-à-dire *la mort* de la cellule après une temporaire excitation morbide, ne soit également identique dans les deux cas?

L'excitation de la pulpe est d'ailleurs une chose dangereuse, qu'il est bien difficile de tenter ; tout au moins faudrait-il respecter les fibrilles dentinaires afin d'obtenir la condensation désirée de cette substance, car, ce qui nous importe à nous, praticiens, qui ne sommes pas des savants, ce n'est pas d'obtenir l'envahissement de la chambre pulpaire par de la dentine pathologique, mais seulement de rechercher que la dentine qui recouvre la pulpe arrive à une densité lui permettant une bonne résistance ultérieure.

Je pense donc que mon honorable contradicteur eût pu se dispenser de me donner une leçon élémentaire, dont je n'avais pas besoin, en m'apprenant doctement que c'est l'odontoblaste qui fabrique la dentine, et non pas la fibrille.

Je lui ferai d'abord remarquer que certains auteurs, tels que Smith, déniant catégoriquement à ces cellules le pouvoir dentinogène, je serais parfaitement en droit, sans être suspect d'ignorance, de me rallier à cette manière de voir.

Mais je n'ai pas besoin d'une telle excuse. Je reconnais que ma phrase n'avait pas l'impeccable correction d'un manuel, mais je n'ai pas la prétention d'avoir inventé l'histologie dentaire et je ne considère pas mes auditeurs comme ignorant les choses élémentaires. J'ai donc usé, abusivement peut-être, d'une forme de langage connue sous le nom d'ellipse et puisque M. Choquet ne l'a pas

comprise, je vais l'expliquer. Puisque M. Choquet a bien voulu me dire que c'est l'odontoblaste qui fabrique la dentine, j'userai de réciprocité en lui rappelant qu'à *l'état physiologique,* dont décidément il ne semble pas se préoccuper outre mesure, *cette sécrétion n'est utilisée que par l'intermédiaire de la fibrille.* En m'exprimant comme je l'ai fait, je savais donc parfaitement ce que je disais, car sans la fibrille, ni la pulpe, ni l'odontoblaste, ni rien de ce qu'on voudra, ne calcifierait *la dentine.* Cela me paraît tellement évident que je suis bien obligé d'admettre que, le laboratoire absorbant trop notre distingué confrère, il n'a pas lu mon article avec toute l'attention suffisante ; qui ne le connaîtrait pas pourrait croire à une interprétation systématique de sa part, et je le regretterais tout particulièrement.

Aussi bien n'ai-je pas lieu d'insister davantage sur le danger de cette méthode dans la phase parapulpaire ; au Congrès d'Ajaccio, M. le Dr Sauvez, président de la Société d'odontologie, a redit, après moi, tout ce qu'il en pensait et a reproduit les mêmes arguments :

« Donc dans la pratique, dit-il, il ne me paraît pas nécessaire d'avoir recours à cette méthode pour le premier et le deuxième degré...

» Je me rallierais très bien à l'emploi courant de la méthode pour les caries du premier et du deuxième degré, quoique cet emploi doive augmenter la durée de l'opération, si je savais qu'en l'employant j'ai non seulement une certitude d'asepsie de plus, mais que je n'ai d'autre part, aucune crainte à avoir.

» Donc pour ces deux degrés de carie, je conclus en disant :

» Avec le procédé courant j'ai la certitude presque mathématique du succès ; avec le nouveau il est possible qu'il arrive un accident.

» La nouvelle méthode ne me paraît donc pas nécessaire. »

C'est clair et net, je vois ici les mêmes craintes que j'exprimais moi-même, et le même doute sur la certitude de l'innocuité des antiseptiques quand ils sont maniés selon la formule de M. Choquet et de l'hydronaphtol en particulier, hydronaphtol, je tiens à le souligner, *qu'il n'avait pas signalé dans l'article qui suscita ma réponse.*

Il est aisé de remarquer que le reproche qu'il faisait aux confrères de « *tuer les microbes sans s'occuper si du même coup on ne tuait pas la cellule* » peut parfaitement s'appliquer à lui-même.

M. Sauvez trouve, avec juste raison, qu'il serait ridicule et antiscientifique d'écarter une méthode, d'emblée, qui donne une garantie d'asepsie. Certes, je suis de son avis, mais « d'emblée » veut dire sans vouloir l'examiner, et je crois avoir montré qu'avant d'arriver à la même conclusion que lui j'ai pris la peine d'examiner, d'étudier, d'éplucher « la méthode » en question, et si je l'écarte absolument, on m'accordera que ma conclusion est motivée.

## GROUPEMENT DE L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

**Trois Médailles d'argent et une Médaille de bronze**
*à l'Exposition universelle de 1900*

Tous les dentistes, médecins, fournisseurs pour dentistes, désirant faire partie de la Société civile de l'Ecole dentaire de Paris, de la Société d'Odontologie de Paris, de l'Association générale des dentistes de France, remplissant les conditions stipulées aux statuts, devront adresser une demande d'admission au Président, contresignée de deux membres de la Société.

Pour tous renseignements, s'adresser à l'Ecole dentaire de Paris 45, rue de La Tour-d'Auvergne.

---

### SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

BUREAU POUR L'ANNÉE 1901

MM. Dr **E. Sauvez**, ✠, *président*.
**Choquet**, ✠, *vice-président*.
**de Marion**, ✠, *vice-président*.

MM. **Mendel-Joseph**, *secrétaire général*.
**Charpentier**, *secrétaire des séances*.
**de Croës**, *secrétaire des séances*.

MM. **L. Richard-Chauvin**, I ✠.
**Touvet-Fanton**.
*Administrateurs délégués par le Conseil de Direction de l'Ecole Dentaire de Paris.*

PRÉSIDENT HONORAIRE : M. **Poinsot**, I ✠.

Les réunions de la Société ont lieu le premier mardi de chaque mois.

---

### ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE

CONSEIL DE DIRECTION POUR L'ANNÉE 1901

BUREAU

MM. Dr **Roy**, ✠, *président*.
**De Marion**, ✠, *vice-président*.
**Audy**, *vice-président*.

MM. **Stévenin**, *secrétaire général*.
**Billet**, *secrétaire adjoint*.
**Rollin**, ✠, *trésorier*.

PRÉSIDENT HONORAIRE : M. **Poinsot** I ✠.

MEMBRES DU CONSEIL

PARIS

MM. **Claser** ✠, **D'Argent** ✠, **Devoucoux**, Dr **Godon** ✠, ✠, **Lemerle**, I ✠, Dr **Maire**, **Martinier**, ✠, **Ed. Papot**, ✠, ✠, **Richard-Chauvin**, I ✠, Dr **Sauvez**, ✠, **G. Viau** ✠, I, ✠,

PROVINCE *(Nord-Est)*.

**Audy** (Senlis), **Chouville** (Saint-Quentin).

*Sud-Est.*

MM. Dr **Pont** (Lyon), **Schwartz** ✠ (Nîmes).

*Nord-Ouest.*

**Coignard** (Nantes), **Richer** (Vernon).

*Sud-Ouest.*

**Douzillé** (Agen), **Torres** (Bordeaux).

MEMBRES HONORAIRES

MM. **Aubeau** (Dr) I ✠, **Berthaux**, **Debray** père, **Dugit** père, **Dugit** (A.), **Gardenat**, **Pillette**, **Ronnet** ✠, **Wiesner**, ✠, ✠.

COMITÉ SYNDICAL

MM. **Stévenin**, *président* ; **Devoucoux**, *secrétaire* ; **Billet**, **De Marion**, **Papot**.

CAISSE DE PRÉVOYANCE

MM. **Billet**, **Devoucoux**, **Papot**, **Rollin**, **Stévenin**.

---

### AVANTAGES OFFERTS AUX MEMBRES DE L'ASSOCIATION

Service gratuit de *L'Odontologie*.

Conditions particulières consenties par la Cie d'assurances l'*Union*

Conditions spéciales consenties par **M. Vinsonnaud**, attaché au service « *Accidents* » de la Compagnie d'assurances « *La Foncière-Transports* ».

1re annuité, réduction de **7 0/0** à l'intéressé.
— versement de **3 0/0** à la Caisse de secours de l'Association.




## QUELQUES MOTS SUR LE SYSTÈME D'OBTURATION DES CANAUX RADICULAIRES

Par Mlle Annette L. Kowler, D. D. S., de Munich.

Le n° 23 de *L'Odontologie* contient sous cette même rubrique un article fort intéressant du Dr A. Palermo. Je désire, de mon côté, ajouter quelques réflexions sur ce même sujet et parler de ma propre expérience, attendu que le traitement et l'obturation des canaux radiculaires sont, après les extractions des dents, la partie qui m'intéresse le plus dans toute la dentisterie.

Pendant un séjour de 18 mois que j'ai fait à Paris j'ai appris à obturer les canaux radiculaires des dents antérieures avec une pâte ainsi composée:

| | |
|---|---|
| ℞. Thymol | 25 gr. |
| Iodoforme | 25 » |
| Cannelle pulvérisée | 5 » |
| Morphine | 10 » |
| Oxyde de zinc | 10 » |
| Essence de menthe quelques gouttes. | |
| Glycérine q. s. pour faire une pâte. | |

Pour les canaux radiculaires des dents postérieures la formule était la suivante :

| | |
|---|---|
| ℞. Bichlorure de mercure | 15 gr. |
| Calomel | 15 » |
| Morphine | 15 » |
| Acide phénique | 25 » |
| Oxyde de zinc | 10 » |
| Cocaïne | 10 » |
| Essence de menthe quelques gouttes. | |

On n'employait jamais cette dernière pâte pour les dents antérieures à cause du mercure qui aurait noirci bien vite les dents. On obturait de même, avec des mèches iodoformées, puis on fermait la chambre pulpaire avec un morceau de gutta et l'on finissait par une obturation quelconque.

Je trouvais de très grands avantages à ce procédé, et je ne me souviens pas d'avoir vu de patients revenir pour se plaindre de douleurs consécutives à l'opération ; j'ai tout lieu de croire que le bon résultat a été durable. Le dentiste dont j'étais l'assistant et ses autres opérateurs étaient tous des chirurgiens-dentistes de la Faculté de Médecine de Paris. J'ignore si ces formules étaient de leur propre invention ou si elles venaient de l'école dentaire, je cite le fait seulement.

J'ai quitté ce cabinet pour aller en Amérique où j'ai fait mes études au « Pennsylvania College of Dental Surgery » à Philadelphie. Là pour la première fois j'ai entendu dire que l'iodoforme doit être rayé une fois pour toutes de la liste des matières obturatrices dans le traitement des canaux radiculaires, en raison des gaz qu'il produit et parce qu'il est impossible que tôt ou tard une périostite ne se produise pas. Le professeur qui nous enseignait le traitement des dents préconisait exclusivement la gutta.

Malgré cela, depuis quatre ans que je pratique, j'ai essayé toute espèce de substance pour ces obturations, j'ai recouru à toutes les méthodes nouvelles ou anciennes, et force m'est de dire qu'aucune ne m'a donné de meilleurs résultats que la gutta elle-même.

Toutes les autres matières corruptibles ou non corruptibles ont un seul et même défaut : elles sont difficiles à enlever. Tout maître qu'on soit, il faut toujours compter avec les conséquences, et il peut arriver qu'on soit obligé d'enlever une obturation. Dans ce cas comment veut-on l'enlever, si elle est en ciment, en or mou, etc., sans causer des douleurs atroces au patient, qui souffre déjà, puisqu'il a été obligé de retourner chez le dentiste? Quant aux autres systèmes tels que les tiges en or, en platine, en bois, etc., etc. je ne les ai jamais essayées, parce qu'à mon avis ils ne peuvent donner que des résultats très peu favorables, ces tiges étant trop dures et peu flexibles et ne pouvant pas remplir complètement le canal radiculaire.

Donc, comme je l'ai dit, les résultats les plus satis-

faisants et qui présentent le plus de facilité pour le cas extrême où l'on serait obligé d'enlever l'obturation, je les ai obtenus avec la gutta.

Après avoir bien soigné et désinfecté les canaux radiculaires, après un nettoyage minutieux, dans la dernière séance j'entoure la sonde à canaux de quelques fibres de ouate, je trempe la sonde dans le chloroforme, je nettoie bien et je sèche plusieurs fois de suite avec de l'air aussi chaud qu'il est possible. Après cela je prends les pointes de gutta, je les trempe aussi dans le chloroforme, ce qui rend la gutta très molle et forme en même temps de la « chloropercha ». J'enfonce bien cette première pointe jusqu'à l'apex sans crainte aucune; il n'y a pas de danger de le perforer, vu la plasticité de la gutta; avec un fouloir approprié j'ai soin de partager la gutta dans tout le canal, et à cause de sa mollesse elle couvre bien les parois, puis j'ajoute de la chloropercha jusqu'à ce que le canal soit bien rempli. Je prends alors une toute petite boulette de coton, je la place sur l'obturation du canal ou des canaux et je finis le tout par une obturation temporaire. Je congédie le patient et le fais revenir dans une quinzaine.

Si au bout de ce temps il n'a ressenti aucun malaise, s'il n'y a ni inflammation ni douleur à la pression, j'enlève la partie extérieure de l'obturation qui se détache assez facilement à cause du coton placé entre les deux obturations et je finis par une obturation permanente.

Si, au contraire, il y a une légère inflammation des gencives, ou des douleurs à la hauteur de la racine de la dent, j'essaye d'abord avec des badigeonnages à la teinture d'iode et d'aconit par parties égales, pendant deux ou trois jours, deux fois par jour, ce qui généralement enlève l'inflammation ; si, au contraire, les douleurs persistent (ce qui arrive assez rarement), alors rien de plus facile que d'enlever l'obturation du canal radiculaire en chauffant la sonde.

Comme je l'ai dit, il faut toujours, compter avec les conséquences. Il y a des racines qui sont tellement pointues

ou courbées qu'il est presque impossible de faire une extirpation bien complète du nerf dentaire. Le tire-nerf n'entre pas jusqu'à la pointe de la racine, le nerf se rompt assez souvent et il en reste un tout petit morceau ; ou bien dans le traitement d'une carie du quatrième degré avec décomposition du nerf, il reste un morceau du détritus et, comme l'a dit M. A Palermo, « le vide absolu n'existe pas » ; au fur et à mesure que ce vide se formera, l'espace sera comblé par des liquides ou des gaz qui ne manqueront pas de se décomposer et de donner lieu à des douleurs intenses, à une fluxion même.

Donc pour moi la matière obturatrice « par excellence » pour les canaux radiculaires reste la gutta-chloroformée ou chloropercha. Ce procédé n'est pas nouveau et je ne réclame point la priorité ; il se peut que bien des confrères l'aient essayé avant moi, mais comme j'ignore le fait, je me borne à parler de ma propre expérience et non de ma découverte.

# SOCIÉTÉS SAVANTES

## SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

*Séance du* 16 *décembre* 1901.

Présidence de M. Sauvez.

La séance est ouverte à 9 h. 10.

### I. — Procès-verbal.

*M. Sauvez.* — Je ne puis mettre aux voix l'adoption du procès-verbal de l'avant-dernière séance ni celui de la séance dernière, car, ces procès-verbaux n'ont pas encore paru dans le journal *L'Odontologie* ; aussi vous demanderai-je de réserver à notre prochaine séance l'adoption du procès-verbal de ces deux séances.

*M. Choquet.* — Je désirerais présenter à propos du procès-verbal une petite observation qui semblera peut-être futile à quelques-uns, mais à laquelle j'attache une très grande importance.

A la dernière séance, au cours de la discussion entre mon confrère M. Mendel-Joseph et moi, il a été traité différents sujets, un peu en dehors de la question. Le point que M. Mendel-Joseph avait traité était intitulé : phase parapulpaire de la carie dentaire, réponse à MM. Mahé, Loup, Schoull et Choquet. M. Mendel-Joseph, qui avait préparé son travail dans le silence du cabinet, m'a argumenté d'une façon à laquelle je ne m'attendais pas ; j'ai été pris, pour ainsi dire, ex abrupto. Mais entre autres points traités et qui sortaient un peu de la question disputée, il y a eu la relation faite par M. Mendel-Joseph de certaines expériences, rapportées dans le journal *L'Odontologie* année 96, concernant une réimplantation de dent que j'ai faite à un chien. M. Mendel-Joseph a dit, au cours de la séance, qu'il avait eu l'occasion d'examiner cette coupe, et qu'à l'encontre de ce que j'avais dit, il n'avait pu distinguer absolument que du tissu osseux. Comme j'ai le désir d'être considéré par mes confrères comme un auteur digne de foi, j'ai tenu à apporter ce soir la coupe en question. Je serais très désireux que les membres de la société voulussent bien l'examiner, et je demande qu'une commission soit nommée pour l'examen de cette pièce, afin de voir si l'on a affaire, comme le disait M. Mendel-Joseph, à une coupe de maxillaire purement et

simplement, ou bien à une coupe de maxillaire contenant des dents dont une reimplantée.

La commission dont je demande la nomination fera la lumière sur ce point. On trouvera dans le journal *L'Odontologie* du 6 février 1896 la relation telle qu'elle a été faite.

*M. Mendel-Joseph.* — Je suis très heureux d'avoir fourni à M. Choquet l'occasion de s'expliquer sur le fait qui lui a été imputé par moi à la dernière séance.

Cette fois encore M. Choquet ne m'a pas compris. Est-ce ma faute, me suis-je mal exprimé ? En tout cas je crois avoir dit qu'il s'agissait d'un morceau de maxillaire de chien, évidemment avec les dents, — sans plus. Je n'ai pas dit qu'il n'y avait pas de dents ; elles étaient présentes ; mais on peut faire une section de maxillaire comprenant des dents, sans qu'il y ait d'expérience de réimplantation. La réimplantation existait-elle ou non ? Voilà la question. Pour moi, étant donné les conditions dans lesquelles se présentait la pièce, la réimplantation n'existait pas, parce que les conditions dans lesquelles se trouve une dent réimplantée sont différentes de celles dans lesquelles se trouve une dent plantée naturellement. Si vous examinez une section dans les deux cas, vous verrez les distinctions qui existent. Selon moi, et jusqu'à ce qu'une preuve démonstrative infirme mon opinion, il n'y avait pas eu expérience de réimplantation. Au surplus, je n'ai pas voulu attaquer M. Choquet, je désire ardemment qu'il présente ici les arguments pouvant démontrer que ma supposition était erronée. Si M. Choquet peut nous démontrer d'une façon incontestable qu'il y a eu là une réimplantation, je serai heureux d'avoir eu l'occasion de lui fournir le moyen de donner ces explications. Je n'attaque pas M. Choquet, que j'estime beaucoup en tant que confrère. Mais quand il s'agit d'une question scientifique, la personnalité disparaît complètement, et il ne reste que les faits. Si donc M. Choquet présente sa coupe telle qu'il nous l'a annoncée, je m'incline, mais je doute fort qu'il puisse la présenter.

*M. Godon.* — Vous acceptez la nomination d'une commission ?

*M. Mendel-Joseph.* — Absolument.

*M. Sauvez.* — Pour les membres qui ne sont pas au courant de la discussion, voici les faits. M. Choquet a fait, au mois de février 1896, une communication à la Société d'Odontologie, dans laquelle il a relaté qu'il avait fait une réimplantation à un jeune chien ; puis qu'il avait sacrifié l'animal et qu'il avait examiné le maxillaire. Il a présenté une coupe de ce maxillaire avec une dent réimplantée. M. Mendel-Joseph pense que dans la coupe présentée il y a effectivement du tissu osseux, et des dents incluses, mais il pense que cette coupe de maxillaire peut provenir d'un chien quelconque, et que rien ne veut dire qu'il y a eu là une dent réimplantée.

*M. Godon.*—Je ne pense pas que nous soyons en état, ce soir, d'engager une discussion utile. Je crois donc, puisque c'est la proposition de M Choquet, et que cette proposition est agréée par M. Mendel-Joseph, qu'il serait plus sage de nommer une commission qui examinera tranquillement les dires de M. Choquet et de M. Mendel-Joseph. Cette commission sera composée d'hommes qualifiés, qui nous feront un rapport à une des prochaines séances.

*M. Sauvez.* — Je comptais aboutir à cette proposition de M. Godon, mais ce n'est pas le tout de nommer une commission, il faut lui dire ce qu'elle doit faire. C'est pour cela que je résumais la question en discussion.

Pour la nomination de cette commission, je demande que le bureau soit chargé d'en désigner les membres. Le bureau étant composé de M. Choquet, vice-président, de M. Mendel-Joseph, secrétaire général, qui sont intéressés et de moi-même qui ai la prétention d'être impartial, nous pourrons nommer une commission indépendante. (*Approuvé.*)

## II. — Correspondance.

*M. Mendel-Joseph.* — Nous avons reçu la lettre suivante :

Monsieur le Président,

Je vous serais obligé de faire part à la Société d'Odontologie d'un procédé d'insensibilisation complète et instantanée de l'ivoire de nos dents.

Me trouvant en présence d'une carie n'intéressant que l'émail et un peu l'ivoire, ce qu'on appelle couramment un second degré commençant, sur une incisive centrale supérieure gauche atteinte d'une hyperesthésie telle que je ne pouvais toucher la dent pour mesurer l'importance de la cavité, j'eus recours au chlorure d'antimoine cristallisé. J'appliquai un cristal au centre de la cavité, sans protestation de la part du patient, puis, lavant immédiatement à grande eau, je pus exciser l'ivoire assez profondément pour obtenir des rétentions. Je n'ai pas revu le sujet depuis trois mois, mais je ne crois pas avoir dépassé le but : la pulpe n'a sans doute pas été lésée.

Toutefois, désirant me confirmer dans l'idée que mon procédé n'offrait pas d'inconvénient, je l'appliquai à nouveau au traitement d'une dent de sagesse atteinte de pulpite chez un adulte que je puis revoir à volonté.

Quatre ou cinq cristaux appliqués successivement, toujours sans douleur, dans la cavité artificielle que je créais pour me faciliter le traitement, me permirent de trépaner la dent, en quatre ou cinq forages successifs, séparés l'un de l'autre par l'application d'un nouveau cristal.

Il est à remarquer, en outre, que, lorsque je fus tellement près de la pulpe que je ne pouvais introduire une sonde dans la cavité sans faire fléchir la mince lame d'ivoire qui recouvrait encore la pulpe et sans oc-

casionner une douleur au patient, l'emploi de l'antimoine restait indolore. Je pus ainsi mettre la pulpe à nu sur un point très petit, mais suffisant pour permettre l'emploi efficace de l'acide arsénieux.

Voilà, parmi quelques cas trop rares, les plus typiques ; je serais heureux de voir confirmer ou infirmer mes conclusions par d'autres expériences.

Veuillez agréer, etc.

Baélen.

Paris, le 17 décembre 1901.

*M. Sauvez.* — Je ne crois pas, Messieurs, que nous puissions entrer dans des détails sur les divers moyens d'insensibilisation de la dentine. Par cette lettre vous avez vu que M. Baélen a eu recours au chlorure d'antimoine cristallisé. Je vous demanderai de faire quelques expériences avec cette substance, afin que nous puissions nous en entretenir à nouveau dans une séance ultérieure.

*M. Papot.* — M. Boniquet, de Barcelone, publie actuellement un album, au sujet duquel vous avez reçu sans doute une circulaire. M. Boniquet a fait mieux que d'envoyer un prospectus à l'Ecole dentaire de Paris : il lui a envoyé et il lui enverra les feuilles de l'album au fur et à mesure de leur publication. Voici déjà des feuilles qui représentent les complications de la carie des dents. (Ci-contre nous reproduisons une réduction de l'une des planches.)

*M. Sauvez.* — Messieurs, je crois être votre interprète en remerciant vivement M. Boniquet, de Barcelone, pour son aimable envoi. La Société lui adresse des remerciements à ce sujet. (Approuvé.)

## III. — Complications oculaires et orbitaires de l'empyème du sinus maxillaire, par M. le Dr Antonelli.

*M. Antonelli* donne lecture de cette communication (V. n° du 15 janvier, p. 1).

### Discussion.

*M. Mendel-Joseph.* — Je prends la parole non point pour discuter le travail remarquable que vient de nous présenter M. le Dr Antonelli, mais pour souligner à quel point, en traitant cette question, M. le Dr Antonelli a su serrer de près le côté dentaire. J'ai écouté avec la plus grande attention son travail et j'ai fait cette remarque qu'il n'oubliait point la question primordiale qui nous intéresse spécialement : la question dentaire ; à chaque instant il a examiné les complications purement dentaires qui retentissent sur l'appareil visuel. M. le Dr Antonelli s'est surtout attaché à rendre sa communication intéressante pour des dentistes.

*M. Sauvez.* — Je remercie en votre nom M. le Dr Antonelli pour sa communication si scientifique, très facile à étudier et très utile à lire

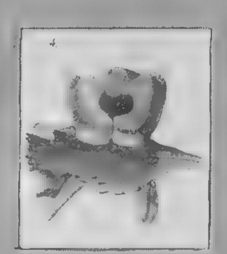
# MUSEO ESTOMATOLÓGICO

## COMPLICACIONES DE LA CARIES DE LOS DIENTES


NECROSIS DE LA RAMA ASCENDENTE POR CARIES DEL QUINTO MOLAR


SECUESTRO DEL CASO ANTERIOR (AMPLIADO)


NECROSIS DE LA MANDÍBULA POR CARIES DEL CUARTO MOLAR (AMPLIADO)


NECROSIS POR CARIES DEL SEGUNDO MOLAR CADUCO (AMPLIADO)


NECROSIS DEL CORNETE INFERIOR IZQUIERDO POR CARIES DE UN CANINO TEMPORAL


EMPIEMA DEL SENO MAXILAR, POR CARIES DEL SEGUNDO MOLAR

J. Boniquet, Médico Dentista - Barcelona. (España)

PL. I

COMPLICATIONS DE LA CARIE DES DENTS.

pour des dentistes, parce qu'à chaque instant nous y retrouvons la cause dentaire. La communication est très nette sur les affections des sinus dans leurs rapports avec l'œil et se termine par un petit résumé de deux pages qui est parfait au point de vue des choses essentielles à retenir.

IV. — De la désinfection des dents, par M. Loup.

*M. Loup* donne lecture de sa communication (V. page 53).

Discussion.

*M. Sauvez.* — Si le bureau a accepté cette communication pour cette séance, et même une communication dont l'auteur absent ne peut pas discuter ses idées, c'est dans un but libéral de discussion étendue. Mais, je compte remettre à une séance autre que la prochaine la suite de cette discussion.

*M. Choquet.* — M. le président Sauvez a dit tout à l'heure une grande partie de ce que je voulais dire ; il est vrai que la question, pour certains points, a complètement dévié. En tout cas, de tout ce que vous avez appris par la communication de M. Loup et par celle de M. Mahé, il résulte que j'ai apporté des expériences, et qu'on m'a répondu par des discours, mais on ne m'a pas montré de contre-expérience. Il s'est produit ici ce qui se produit dans bien des sociétés : quelqu'un présente une petite innovation, quelle qu'elle soit, et il se trouve immédiatement un certain nombre de confrères qui déclarent connaître et pratiquer cela depuis des années. Et si on leur demande : pourquoi ne l'avez-vous pas publié ? Ils répondent : je pensais que cela n'avait pas d'intérêt.

Quant à la communication de M. Loup, je me bornerai à prier mes confrères de la lire attentivement ; après cela j'espère qu'ils se seront fait une idée décisive et probante. Il ne suffit pas d'employer un style très ciselé comme l'a fait notre confrère Loup, il faut encore apporter des preuves à l'appui ; je pense, à cet égard que très peu de pages, quelques lignes auraient suffi à M. Loup pour dire ce qu'il a dit.

Quoi qu'en dise M. Loup, je considère que le laboratoire est très utile, et je serais très heureux si M. Loup voulait bien s'astreindre à faire un peu de microscope, un peu de bactériologie et quelques coupes de dents. Ce sera peut-être pour lui un peu fatigant, j'en conviens, mais quand il aura bien travaillé la question et qu'il l'aura comprise, alors nous pourrons discuter.

La séance est levée à 11 heures.

*Le Secrétaire général,*
Mendel-Joseph.

# ADRESSES UTILES

**La ligne : 20 francs par an, Lignes en sus : 10 fr. la ligne.** } **dans 24 numéros.**

**C. Ash et fils** (*Fourn.gén.*) 22, rue du Quatre-Septembre, PARIS. **TÉLÉPHONE 294.47.**

**Dr Bengué** (*Anestile*), 47, rue Blanche, PARIS.

**Billard, L. Lemaire, sr** (*Fourn. gén.*), 4, pass. Choiseul, PARIS. **TÉLÉPHONE 264.30.**

**J. Fanguet, Georges Clotte, succr** (*Impressions en tous genres*), 28, rue d'Enghien, PARIS.

**Comptoir international** (*Fourn. gén.*), 15, avenue Fonsny, BRUXELLES.

**Contenau et Godart fils** (*Fourn. gén.*), 7, r. du Bouloi, PARIS. **TÉLÉPHONE 214-53.**

**Cornelsen** (*Fourn. gén.*), 16, rue St-Marc. **TÉLÉPHONE 218.69.**

**A. Debraux**, profr (*Cert. d'Et. exigé des dentistes*), 17, faub. Montmartre, PARIS.

**Vve Jules Friese** (*Fournitures générales*), 3, rue de Londres, PARIS.

**Alfred Joliot** (*Fourn. gén.*), à la Cloche, 193, rue St-Martin. **TÉLÉPHONE 271.51.**

**Colin Logan fils** (*Fourn. gén.*), 113, rue Réaumur, PARIS. **TÉLÉPHONE 288.79.**

**L. Mairlot** (*Fourn. génér.*), 24, pl. Sainte-Gudule, BRUXELLES. **TÉLÉPHONE 1429.**

**Mamelzer et fils** (*Manufacture dentaire*), 40, rue Croix-des-Petits-Champs, PARIS.

**Al. Maylaënder** (*Reliures en tous genres*), 67, rue Daguerre, PARIS.

**A. Mellottée**, imprimeur de *L'Odontologie* à CHATEAUROUX.

**P. Périé fils** (*Fournitures générales*), 7, place Lafayette, TOULOUSE.

**B. Platschick** (*Prothèse à façon*), 3, rue Ventadour, PARIS. **TÉLÉPHONE 222.82.**

**Reymond frères** (*Fournitures générales.*)
- 22, rue Le Peletier, PARIS.
- 44, place de la République, LYON.
- 69, rue de la Croix-de-fer, BRUXELLES.
- 3, rue Petitot, GENÈVE.

**Victor Simon et Cie** (*Four. gén.*), 54, rue Lamartine, PARIS. **TÉLÉPHONE 269-45.**

***Société Française de Fournitures Dentaires.*** — 58 bis, Chaussée-d'Antin, Paris, **TÉLÉPHONE 214-47.** 45, r. de la République, Lyon. — *Grande exposition*, au dépôt de PARIS, de toutes les *Nouveautés dans l'outillage* de MM. les Dentistes.

**Syndicat Français** (*Recouvrements d'honoraires*), 131, boul. Sébastopol, PARIS.

**Vve J. Wirth** (*Manufacture dentaire*), 222-224, avenue Philippe-Auguste, PARIS.



# REVUE ANALYTIQUE

## *BIOLOGIE*

**Thomas G. Read,** ***Le pain et la carie.*** *(Journal of the British dental Asso.,* nov. 1901.*)*

L'absence des sels contenus dans l'embryon enlevé, sels qui peuvent contribuer par leur présence à la bonne formation des dents d'une part, et à la plus grande acidité du pain d'autre part, seraient une cause déterminante de la carie et de sa plus grande fréquence.

La farine obtenue par l'ancien procédé des meules en pierre donne des produits dont l'acidité est bien moins grande que celle obtenue par le système des meules métalliques actuelles. Pendant la mastication le pain à farine moulue aux meules métalliques donne plus d'acide que l'autre ; il est plus blanc d'aspect, plus séduisant, mais aussi il est moins nourrissant, car l'embryon du grain, qui est la partie la plus nourrissante, celle qui contient en plus le plus de sels minéraux, en a été séparée. Le pain ainsi obtenu est 49 o/o plus acide que l'autre ; or la ptyaline de la salive ayant transformé en glucose l'amidon, les ferments de la bouche agissent sur ce sucre et le transforment en acide lactique. Cet acide lactique attaque alors les dents s'il reste sur elles ou entre elles.

## *PATHOLOGIE*

**Reynard,** ***Observation d'un bec-de-lièvre.*** *(Marseille médical,* octobre 1900.*)*

Il s'agit, non pas d'un bec-de-lièvre, mais bien d'une gueule de loup énorme qui remonte jusqu'à l'intérieur de la narine. L'enfant nouveau-né qui présente cette anomalie ne peut prendre qu'une faible quantité de lait insuffisante pour sa nourriture. Nulle opération ne peut remédier à cet état et les probabilités de mort sont malheureusement certaines dans un bref délai.

**Castex,** ***Les sinusites nasales, leur diagnostic.*** *(Journal des Praticiens,* 16 nov., 1901.*)*

L'infection a deux origines principales : le nez et les dents. La grippe, la rougeole, les maladies infectieuses doivent en être seules la cause dans le premier cas. Les molaires atteintes de carie pénétrante sont les causes principales dans le second cas. Au point de vue bactériologique l'infection nasale contient des aérobies ordinaires du nez ; l'infection dentaire, des bactéries des dents infectées (b. ramosus, serpens, thenoïdes) ; comme symptômes dans les sinusites maxillaires il y a dou-

leurs névralgiformes autour de l'antre, fétidité, écoulement de pus ; dans la sinusite frontale, les douleurs sont localisées, augmentent quand le malade penche la tête, *il y a coliques frontales* (Pitiot), vertiges, tuméfaction. Les complications peuvent être *de voisinage* : aux yeux (iritis, chémosis, larmoiement, abcès, amauroses) ; ou bien *à distance* : bronchites, infections digestives ; le pronostic dans l'un ou l'autre cas est grave, il faut agir ; quand il n'y a pas encore de suppuration les inhalations avec

| | |
|---|---|
| Menthol cristallisé | 1 gr. |
| Alcool à 90° | 70 — |
| Eau distillée | 300 — |

suffisent ; pour calmer les douleurs, des cachets d'antipyrine à l'intérieur seront ordonnés.

Quand il y a suppuration, on doit recourir à l'opération faite par les voies alvéolaires, canines, ou même dans les cas graves à l'ouverture complète du sinus.

**B. d.**, ***Angine de poitrine avec irradiation dans le maxillaire inférieur.*** *(Journal des praticiens*, 7 déc. 1901.*)*

C'est à la policlinique de Vienne que l'auteur a pu étudier les irradiations névralgiques. Les douleurs chez trois malades étudiés, suivaient l'artère carotide et la maxillaire ; ce seraient des douleurs du parenchyme vasculaire.

**Gaucher**, ***Leucoplasie et syphilis.*** *(Société des hôpitaux*, 29 novembre 1901.)

M. Gaucher dit que la leucoplasie est une affection d'origine syphilitique. Il conseille les injections suivantes pour la traiter.

| | |
|---|---|
| Benzoate de mercure | 1 gr. |
| Chlorure de sodium pur | 0,75 |
| Eau | 100 gr. |

***Les sinusites chez les enfants.***

Les sinutes chez les enfants sont rares, dit le même journal ; cependant elles existent. Les Drs Mayer (de New-York), Platts (de Baltimore) en ont constaté chez les enfants de 2 ans 1/2, de cinq mois ; le Dr Rees chez un enfant de deux semaines.

**M. Buret**, ***Ulcération syphilitique.*** *(Société de médecine de Paris*, nov. 1901.)

M. Buret décrit une ulcération des bords gingivaux qu'il appelle stomatite syphilitique. Cette stomatite, qu'on ne pouvait penser être d'origine mercurielle, car les malades sur lesquels elle a été observée n'avaient plus pris de mercure depuis au moins huit mois, fut traitée et guérie par un traitement mercuriel. Elle serait un moyen de diagnostic différentiel.

**M. Budden**, ***Nécroses syphilitiques.*** *(Dental Record.)*

L'auteur recommande pour le traitement des nécroses syphilitiques

de la mâchoire les injections intravelineuses de mercure. Il en montre les avantages qui sont : la rapidité avec laquelle on peut combattre l'affection, la dose régularisée *ad voluntatem*, l'économie, le peu de désagrément qu'elles apportent, l'absence de douleur, leur peu de retentissement sur l'économie générale. L'auteur dit avoir toujours constaté ces nécroses au maxillaire supérieur seulement, leur point de départ étant très souvent la fosse canine gauche.

**X.**, ***L'eau prédispose-t-elle à la carie ?*** *(Western Mail.)*

Dans un article consacré à ce sujet l'auteur passe en revue les causes des caries. Laissant de côté toutes les théories plus ou moins justes émises à ce sujet, il arrive à cette conclusion que le manque de soins dentaires est seul à incriminer dans l'augmentation des cas de caries.

***Satterthwaite.*** *(Post graduate,* mars 1901.)

Parmi les moyens à employer pour faire revenir à elle une personne noyée, asphyxiée ou empoisonnée, la respiration artificielle et les injections d'eau salée sont les plus à recommander, surtout la respiration artificielle, qui doit donner de bons résultats, même employée tardivement.

## *DENTISTERIE OPÉRATOIRE*

***Obturations dentaires faites à un cheval.*** *(British journal of dental science.)*

Un confrère de New-York fut appelé à donner des soins aux dents cariées d'un cheval. Le praticien traita les dents atteintes selon les méthodes connues et employées pour celles de l'homme, puis aurifia et plomba les dents une fois guéries. L'animal, qui ne pouvait plus prendre aucune nourriture, mastique et se nourrit aujourd'hui parfaitement.

## *THÉRAPEUTIQUE*

**A. H. Pelh**, ***Pâte contre les douleurs des dents de sagesse évoluant.*** *(Dental Record,* décembre 1901.)

Il faut d'abord, avant d'appliquer, la pâte laver à l'eau chaude phéniquée les tissus enflammés, ensuite on place dans les culs-de-sac une pâte composée d'eucalyptol et d'aristol et les douleurs cessent presque aussitôt.

**Bordier**, ***Traitement électrique des névralgies du trijumeau.*** *(Journal des Praticiens,* novembre 1901.)

M. Bordier s'adresse au courant galvanique et recommande de fabriquer l'électrode active de telle façon que les eschares ne soient pas à redouter. Elle doit être de tissu spongieux, parallèle à la peau de la partie sur laquelle on opère, dans un plan horizontal (le malade étant couché, dans la névralgie faciale). Le métal qui constitue l'électrode positive doit être le cuivre platiné ou l'aluminium. Les séances d'élec-

trisation doivent être longues (1 heure avec 80 milliampères), on doit les espacer de 20 à 30 jours. Pour la face l'électrode présente des prolongements, elle doit être spongieuse, humectée d'eau chaude avant son service. A mesure que les crises se feront moins aiguës, les séances quotidiennes tout d'abord, dans le cas de névralgie faciale ou du trijumeau seront de plus en plus espacées.

**Nierck**, ***Diaphtol ou quinaseptol*** *(Arch. de thérapeutique.)*

Ce nouvel antiseptique tue les microbes en 35 à 50 minutes de contact, il est peu toxique (*bioforme*, de Merck.) C'est un succédané de l'iodoforme, un oxyquinaline iodo-chloré non toxique; il est toléré parfaitement par voie sous-cutanée et agit sur les plaies mieux que l'iodoforme.

**Siredey**, ***Stomatite ulcéro-membraneuse et bleu de métylène.*** (*Société médicale des hôpitaux*, 8 novembre 1901.)

Il s'agit d'un malade atteint d'angine de Vincent et que M. Siredey guérit en huit jours en appliquant sur les plaques ulcérées de la poudre de bleu de méthylène chimiquement pur. Rappelons qu'il y a déjà six ou sept ans nous avions signalé l'action de ce médicament dans les caries infectées. Deux cuillerées à soupe de liqueur de Labarraque pour 1.000 d'eau constituent une solution pour lavages buccaux destinés à effacer la coloration bleue que donne à la bouche le méthylène.

Ch. Ch.

## *PROTHÈSE*

**L. Seigle**, ***Nouvelle matière d'empreinte de M. Fayoux.*** (*Revue trimestrielle suisse d'Odontologie*, juillet 1901, p. 190.)

Notre distingué confrère, M. Fayoux, de Niort, vient de découvrir une nouvelle substance à empreinte dont la composition est, à quelques variantes près, identique à la formule publiée par *L'Odontologie* d'après le *Journal de Pharmacie et de Chimie* il y a dix ans. (Voy. *L'Odontologie*, 1891, septembre, p. 437.)

G. M.

## *ANESTHÉSIE*

**M. A. Malherbe**. ***Nouveau procédé d'anesthésie générale par le chlorure d'éthyle.*** (*Congrès de chirurgie*, novembre 1901.)

L'auteur a procédé à 170 anesthésies, 140 pour de petites opérations, 30 mixtes suivies de chloroforme, toutes dans la position de Röse. Il en conclut que 2 à 4 grammes suffisent pour obtenir une narcose rapide (10 secondes). L'administration du médicament est suivie d'une période d'excitation, mais très légère, il n'y a jamais trismus, salivation, vomissement ; le réveil est rapide. On donne le chlorure dans un mouchoir conformé en cornet, ce qui simplifie le manuel opératoire et fait que cet anesthésique est un anesthésique se recommandant par sa simplicité, sa rapidité, son innocuité chez les adultes comme chez les enfants.

**Dr Schleich,** ***Moyen de ne pas dépasser la dose nécessaire de chloroforme.*** (*Sem. méd.*, mai 1901.)

Il suffit tout simplement de maintenir une dilatation moyenne de la pupille pour assurer l'analgésie. M. Flockemann soulève brusquement les deux paupières à la fois, car il a constaté que le soulèvement d'une seule peut conduire à des erreurs. Constate-t-on du rétrécissement, on active le débit.

**Westmacott,** ***Avantages du protoxyde et de l'éther dans les opérations prolongées.*** (*Journal of the British dental Association* décembre 1901.)

Quand on doit se servir d'un anesthésique de longue durée, c'est à l'éther et au protoxyde d'azote qu'on doit songer. On donne le premier d'abord, puis après lui l'éther ; c'est l'anesthésique le moins dangereux, le moins irritant, le plus agréable à absorber. Il ne donne que peu de vomissements et seulement quand le malade n'a pas été préparé pour l'anesthésie, qu'il a l'estomac plein ou qu'il a avalé du sang. Dans ce cas des boissons chaudes (eau chaude), des succions de glace ou de citron font disparaître vite ces vomissements désagréables. Après l'anesthésie on doit tenir toujours le malade au chaud, il doit se reposer dans une chambre, et cela pendant plusieurs heures. On évite ainsi tous les accidents du côté des voies respiratoires ; on ne doit jamais par conséquent négliger cette période de repos indispensable aux bonnes suites de l'opération.

***Modification de la narcose chloroformique.*** (*Société de médecine interne de Berlin*, janvier 1901.)

M. Wohlgemuth mélange au chloroforme de l'oxygène dans un appareil spécial avant la narcose, et a obtenu un réveil rapide, un pouls plein, avec ce mélange. La mort par arrêt du cœur serait impossible vu sa régularité ; de plus, l'oxygène se fixe aux globules rouges et les empêche d'absorber du chloroforme. Il a pratiqué 140 narcoses, toutes couronnées de succès.

Ch. Ch.

## *INSTRUMENTATION ET PROCÉDÉS*

**H. Léger-Dorez,** ***L'électricité en art dentaire. — L'éclairage de la bouche.*** (*Progrès dentaire*, octobre 1901, p. 309.)

Le 2 avril, M. d'Argent présentait à la Société d'Odontologie une rampe de six lampes électriques destinée à l'éclairage de la bouche pour les opérations faites le soir. Aujourd'hui M. Léger-Dorez propose un dispositif identique, qui semble ne différer par rien d'essentiel de celui de M. d'Argent.

G. M.

30-I-02

# RENSEIGNEMENTS UTILES

**La ligne : 20 francs par an, Lignes en sus : 10 fr. la ligne** } **dans 24 numéros.**

### CERTIFICAT D'ÉTUDES.

**Préparation permanente et spéciale,** succès garanti. Conditions à forfait, s'inscrire tous les jours de 3 à 5 h. chez M. Darlès, 5, rue Danton.

**Institut des Langues et des Sciences. A. Debraux,** dir., 17, fg. Montmartre. 48 élèves reçus (noms et adresses publiés) ces deux dernières années, 200 francs pour l'année scolaire. 2 heures de cours par jour. Examens de 1901 : 24 reçus. **Les 4/5 du cours de 1901 reçus.**

**Préparation spéciale** par le Docteur **Achille LOMBARD** O. ■ C. ✵. ancien Secrétaire du Jury de la Sorbonne, 3, boulevard Sébastopol, PARIS.

### CONTINUOUS GUM

**B. Platschick,** 3, rue Ventadour (*Laboratoire spécial*). **TÉLÉPHONE 222.82.**

### FOURNITURES GÉNÉRALES.

**Billard** (**L. Lemaire successeur**), 4, passage Choiseul, PARIS. **TÉLÉPHONE 264.30.**
**Comptoir international,** 15, avenue Fonsny, BRUXELLES.
**Contenau et Godart fils,** 7, rue du Bouloi, PARIS. **TÉLÉPHONE 214.53.**
**Cornelsen,** 16, rue Saint-Marc, **TÉLÉPHONE 218-69.**
**Vve Jules Friese,** 3, rue de Londres, *près la Trinité,* PARIS.
**Alfred Joliot** (à la Cloche), 193, rue St-Martin. **TÉLÉPHONE 271.51.**
**Colin Logan fils,** 113, rue Réaumur, *près la Bourse,* PARIS. **TÉLÉPHONE 288.79.**
**L. Mairlot,** 24, place Sainte-Gudule, BRUXELLES. **TÉLÉPHONE 1429.**
**Mamelzer et fils,** 40, rue Croix-des-Petits-Champs, PARIS.
**P. Périé fils,** 7, place La Fayette, TOULOUSE.

**Reymond frères** {
22, rue Le Peletier, PARIS.
44, place de la République, LYON.
69, rue de la Croix de fer, BRUXELLES.
3, rue Petitot, GENÈVE.

**Victor Simon et Cie,** 54, rue Lamartine, PARIS. **TÉLÉPHONE 269.45.**

| | | |
|---|---|---|
| ***Société Française de Fournitures Dentaires.*** | 58 bis, Chaussée-d'Antin, Paris<br>**TÉLÉPHONE 214.47.**<br>45, r. de la République, Lyon. | *Grande exposition,* au dépôt de PARIS, de toutes les *Nouveautés dans l'outillage* de MM. les Dentistes. |

**Vve J. Wirth,** 22-24, avenue Philippe-Auguste, PARIS. **TÉLÉPHONE 923-48.**

### IMPRESSIONS EN TOUS GENRES.

**A. Mellottée,** imprimeur de *L'Odontologie,* à CHATEAUROUX.
**J. Fanguet, Georges Clotte, successeur,** fournisseur de l'*École Dentaire,* 28, rue d'Enghien, à PARIS.

### MATIÈRES OBTURATRICES.

***Email Plastique.*** **Vve Jules Friese,** 3, rue de Londres, PARIS.
***Amalgame Fellowship.*** Société Française de Fournitures Dentaires.

### OPALINE, MIROIRS DE BOUCHE.

**L. Deglain,** 88 et 92, quai Jemmapes, PARIS.

### PRODUITS ANESTHÉSIQUES.

***Anestile.*** **Dr Bengué,** 47, rue Blanche, PARIS.
***Anesthésique local du Dr R. B. Waite.*** Société Française de Fournitures Dentaires.

### PRODUITS PHARMACEUTIQUES

***Formyl-Géranium.*** Société Française de Fournitures Dentaires.
***Xyléna.*** Liquide antiseptique. Société Française de Fournitures Dentaires.

### PROTHÈSE A FAÇON.

**Lalement et Coutif,** 5, rue de Laborde (Travaux artistiques). **TÉLÉPHONE 550.73.**
**B. Platschick,** 3, rue Ventadour (*Laboratoire spécial*). **TÉLÉPHONE 222.82.**

### RECOUVREMENTS D'HONORAIRES.

**Syndicat Français,** 131, boulevard de Sébastopol, PARIS.



# JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE

*L'Odontologie fait traiter ici par son collaborateur spécial les questions de jurisprudence que ses lecteurs désirent faire élucider.*

## Condamnation d'un chirurgien-dentiste pour exercice illégal de la médecine et usurpation du titre de docteur.

A la suite d'une dénonciation en date du 6 mai 1901, du Dr Paul Richard, Vice-Président du Syndicat des Médecins de la Seine, au procureur de la République, une information a été ouverte contre **Maillot** (Antonin-Joseph), chirurgien-dentiste, né à Aubière, arrondissement de Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme), le 6 avril 1868, demeurant à Paris, boulevard Sébastopol, numéro 7.

L'instruction, confiée à M. Schlumberger, a révélé que Maillot a signé de son nom, qu'il faisait précéder du titre de docteur, alors qu'il n'est pas diplômé, différentes ordonnances médicales prescrivant l'emploi ou l'usage des remèdes toxiques ; il allègue pour sa défense n'avoir soigné que son domestique et la tante de celui-ci ; mais ces faits ne sauraient faire disparaître le délit d'exercice illégal de la médecine; il ne pourrait y avoir là qu'une atténuation laissant subsister le délit.

Prévenu d'exercice illégal de la médecine et d'usurpation du titre de docteur-médecin, Maillot a été traduit devant le Tribunal correctionnel de la Seine (dixième chambre).

Le Syndicat des Médecins de la Seine, qui s'était porté partie civile pendant l'instruction, était représenté par conclusions de l'avoué Gillet.

Me Delepierre, avocat de la partie civile, Me Gaumiche, avocat du prévenu, ont présenté la défense des intérêts contradictoires dont ils étaient chargés.

Jugement du 3 décembre 1901 : 500 francs d'amende, 100 francs de dommages-intérêts.

M. Rouyer, président ; M. Castaing, substitut.

*(Bulletin officiel du Syndicat des médecins de la Seine.)*

---

## Syndicat professionnel. — Médecins. — Pharmaciens. — Professions non connexes. — Infraction aux lois des 21 mars 1884 et 30 novembre 1892.

*Cour de Douai (appels correct.) : 11 novembre 1901.*

Ni dans son esprit, ni par son texte, la loi du 21 mars 1884 n'au-

torise les membres du corps médical à se constituer en associations syndicales, non seulement avec les membres des autres professions similaires ou connexes appelées à bénéficier de ses dispositions, mais même entre eux et pour la défense de leurs intérêts exclusivement communs.

En effet, le droit de se syndiquer ensemble, et à plus forte raison avec d'autres, est refusé aux médecins (Cass. 27 juin 1885), qui, à la différence des pharmaciens, n'ont à défendre aucun intérêt commercial ou industriel, ni, par suite, aucun intérêt économique se rattachant à ceux-ci.

Si, par des considérations d'un ordre spécial, le législateur a introduit en faveur des médecins, dans la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine, une dérogation aux règles générales visées par la loi organique des syndicats, cette disposition exceptionnelle ne doit leur bénéficier que dans les limites où elle leur a été concédée par l'article 13.

L'article 13 ne confère aux médecins que le droit de se syndiquer entre eux pour la défense de leurs intérêts professionnels, et non pour la défense des intérêts pouvant leur être communs avec toutes autres professions similaires ou connexes.

Tout au plus pourrait-on prétendre que l'article 13 autorise spécialement, mais alors et par là même limitativement, une association syndicale commune entre les médecins, les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes.

Si cette association syndicale ne peut être constituée dans les conditions de la loi du 21 mars 1884, c'est-à-dire suivant les règles de forme qu'elle a prescrites, elle ne peut cependant l'être, avec la même portée et la latitude absolue concédées aux membres des autres professions, telles que celle des pharmaciens, visées par cette loi.

En effet, si l'article 15 de la loi de 1892 autorise l'exercice de l'action syndicale accordée aux médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes à l'égard de toutes personnes, il le leur interdit expressément, par dérogation à la règle générale dont bénéficient les pharmaciens, à l'égard de l'État, des départements et des communes.

Dans ces conditions, on ne saurait concevoir, et le législateur n'a pu prévoir, entre pharmaciens et médecins, pour la défense de leurs intérêts communs, une association par laquelle, en maintes circonstances, les intérêts des uns seulement, et non ceux des autres, pourraient être légalement défendus.

Au surplus, si, dans leur exercice, les professions de médecin et de pharmacien ont de nombreux points de contact, c'est qu'elles tendent, mais par des procédés tout différents, les uns d'ordre scientifique, les autres d'ordre matériel, au but qui leur est commun avec la

presque universalité des professions : la santé et le bien-être des individus ; mais elles sont radicalement séparées par tout ce qui différencie une profession purement libérale d'une profession essentiellement commerciale. On ne saurait les considérer comme des professions connexes concourant toutes deux à l'établissement de produits déterminés, et, partant, rentrant dans le cadre délimité par l'article 2 de la loi du 21 mars 1884.

Si donc il a été constitué entre pharmaciens et médecins un syndicat professionnel, réunissant des membres qui n'exercent ni la même profession, ni des métiers similaires, ni des professions connexes concourant à l'établissement de produits déterminés, et auxquels n'a pas été conféré le droit de se syndiquer entre eux, ce syndicat a été constitué en violation de la loi.

Et les administrateurs de ce syndicat, qui ont conservé leurs fonctions, malgré l'invitation qui leur a été faite par le Parquet d'avoir à dissoudre leurs associations, sont coupables d'infraction aux lois des 21 mars 1884 et 30 novembre 1892, et, pour réparation, doivent être condamnés solidairement à l'amende et aux dépens...

*(Union médico-pharmaceutique de la région du Nord.)*

Un syndicat professionnel, composé de pharmaciens et de médecins, s'était constitué à *Lille*, sous le nom d'*Union médico-pharmaceutique de la région du Nord.*

Sur la poursuite par le Parquet des administrateurs de ce syndicat en violation des lois des 21 mars 1884 et 30 novembre 1892, le *tribunal correctionnel de Lille* les a renvoyés des fins de la poursuite par un jugement du 10 août 1901, ainsi conçu :

« Le Tribunal,

» Attendu que, dans le courant de cette année, les médecins et pharmaciens de la région du Nord ont formé une association professionnelle sous le nom d'*Union médico-pharmaceutique pour la défense des droits professionnels et de la santé publique ;* que les administrateurs de cette association sont inculpés d'avoir, contrairement à la loi du 21 mars 1884, constitué un syndicat entre personnes n'exerçant ni la même profession, ni des métiers similaires, ni des professions connexes, concourant à l'établissement de produits déterminés ;

» Attendu que l'article 13 de la loi du 30 novembre 1892 permet aux médecins de se constituer en associations syndicales dans les conditions de la loi de 1884, pour la défense de leurs intérêts professionnels ; que la même faculté appartient aux pharmaciens ;

» Que la loi de 1884 permet à une association professionnelle de se former entre toutes personnes exerçant, notamment, des professions connexes concourant à l'établissement de produits déterminés ; qu'elle impose, en outre, à toute association l'obligation d'avoir ex-

clusivement pour objet l'étude et la défense des intérêts économiques, industriels, commerciaux et agricoles ;

» Attendu, enfin, que l'*Union médico-pharmaceutique* s'est constituée conformément à la loi ; qu'en effet, la profession de médecin et celle de pharmacien sont connexes ; que les liens étroits qui les unissent dérivent de la communauté d'éducation scientifique de ceux qui les pratiquent, de la similitude de leurs travaux tendant au même but, du fait même que, suivant les circonstances, elles sont exercées par une seule personne ; que, d'autre part, les deux professions concourent à l'établissement d'un produit déterminé ; que le remède, formulé par le médecin, est préparé par le pharmacien ; qu'ainsi, l'un et l'autre mettent en œuvre des connaissances professionnelles et engagent leur responsabilité pour la formation d'un produit unique ;

» Attendu, enfin, que l'*Union* a pour objet la défense d'intérêts économiques ; qu'en effet, les intérêts de l'association sont d'ordre économique, puisqu'ils touchent aux modifications à apporter à la législation, aux mesures à prendre contre l'exercice illégal de la médecine, à la fabrication et à la vente de produits nuisibles ;

» Attendu, dès lors, qu'en formant une association professionnelle, les médecins et pharmaciens de la région du Nord n'ont fait qu'user, dans les conditions prescrites, du droit que la loi leur confère ; que, vainement, on objecterait que les médecins, n'étant pas commerçants, ne peuvent s'associer avec les pharmaciens, auxquels cette qualité est reconnue ; que la loi de 1884 ne réserve pas aux seuls commerçants la faculté de former entre eux un syndicat ;

» Que la prévention n'est donc pas établie ;

» Par ces motifs :

» Renvoie les prévenus des fins de la poursuite, sans dépens. »

Sur l'appel interjeté par le Ministère public, la *Cour de Douai* (Ch. des appels correct.) a infirmé ce jugement par l'arrêt suivant :

» La Cour,

» Attendu que, ni dans son esprit ni dans son texte, la loi du 21 mars 1884 n'autorisait les membres du corps médical à se constituer en association syndicale, non seulement avec les membres des autres professions similaires ou connexes appelées à bénéficier de ses dispositions, mais même entre eux et pour la défense de leurs intérêts exclusivement communs ; qu'en effet, d'après l'interprétation donnée à cette loi par la *Cour de cassation*, dans son arrêt du 27 juin 1885, le droit de se syndiquer ensemble, et à plus forte raison avec d'autres, était refusé aux médecins qui, à la différence des pharmaciens, n'ont à défendre aucun intérêt commercial ou industriel, ni, par suite, aucun intérêt économique se rattachant à ceux-ci ;

» Attendu, il est vrai, que, reconnaissant par là même le bien-fondé de cette interprétation contraire aux prétentions des médecins, le législateur a estimé, pour des considérations d'un ordre spécial, devoir introduire en leur faveur dans la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine une dérogation aux règles générales visées par la loi organique des syndicats ; mais que cette disposition exceptionnelle ne doit leur bénéficier que dans les limites où elle leur a été concédée par l'article 13 ;

» Que ce texte ne confère aux médecins que le droit de se syndiquer entre eux, pour la défense de leurs intérêts professionnels, et non pour la défense des intérêts pouvant leur être communs avec toutes autres professions similaires ou connexes ; que tout au plus pourrait-on prétendre que l'article 13 autorise spécialement, mais alors et par là même limitativement, une association syndicale commune entre les médecins, les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes ;

» Attendu, d'autre part et surtout, que, si cette association syndicale ne peut être constituée dans les conditions de la loi du 21 mars 1884, c'est-à-dire suivant les règles de forme qu'elle a prescrites, elle ne peut cependant l'être avec la même portée et la latitude absolue concédées aux membres des autres professions, telles que celle des pharmaciens, visées par la dite loi; qu'en effet, si l'article 15 de la loi de 1892 autorise l'exercice de l'action syndicale accordée aux médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes à l'égard de toutes personnes, il le leur interdit expressément, par dérogation à la règle générale dont bénéficient les pharmaciens, à l'égard de l'État, des départements et des communes ; que, dans ces conditions, on ne saurait concevoir, et le législateur n'a pu prévoir, entre pharmaciens et médecins, pour la défense de leurs intérêts communs, une association par laquelle, en maintes circonstances, les intérêts des uns seulement, et non ceux des autres, pourraient être légalement défendus ;

» Attendu, enfin et au surplus, que, si, dans leur exercice, les professions de médecin et de pharmacien ont de nombreux points de contact, c'est qu'elles tendent, mais par des procédés tout différents, les uns d'ordre scientifique, les autres d'ordre matériel, au but qui leur est commun avec la presque universalité des professions : la santé et le bien-être des individus ; mais qu'elles sont radicalement séparées par tout ce qui différencie une profession purement libérale d'une profession essentiellement commerciale ; qu'on ne saurait les considérer comme des professions connexes concourant toutes deux à l'établissement de produits déterminés et, partant, rentrant dans le cadre déterminé par l'article 2 de la loi du 21 mars 1884 ;

» Attendu que, de ces considérations, comme de l'information et des débats, il résulte que, sous le titre d'*Union médico-pharmaceutique de la région du Nord*, un syndicat professionnel entre pharmaciens et

médecins a été constitué, à *Lille*, en juin 1900, en tout cas depuis moins de trois ans, lequel a continué à fonctionner jusqu'à ce jour ; que ce syndicat, réunissant des membres qui n'exercent ni la même profession, ni des métiers similaires, ni des professions connexes concourant à l'établissement de produits déterminés, et auxquels n'a pas été conféré le droit de se syndiquer entre eux, a été constitué en violation de la loi ;

» Attendu que les dix prévenus reconnaissent leur qualité d'administrateurs de ce syndicat, laquelle est, d'ailleurs, établie par les documents produits ; qu'ils en ont conservé les fonctions malgré l'invitation qui leur a été faite par le Parquet d'avoir à dissoudre leur association ;

» PAR CES MOTIFS :

» Réformant ; déclare les prévenus coupables d'infraction aux lois des 21 mars 1884 et 30 novembre 1892, et, pour réparation, les condamne solidairement chacun en 16 francs d'amende et aux dépens ; dit qu'il sera sursis à l'exécution de l'amende prononcée, etc. »

*Note.* — Aux termes de la *loi du* 21 *mars* 1884 *sur les syndicats professionnels*, les *syndicats* ou associations professionnelles, même de plus de vingt personnes, exerçant la *même profession*, des *métiers similaires*, ou des *professions connexes* concourant à l'établissement de produits déterminés, peuvent se constituer librement, sans l'autorisation du Gouvernement (art. 2), et les syndicats professionnels ont (art. 3) exclusivement pour objet *l'étude et la défense des intérêts économiques, industriels, commerciaux et agricoles.*

Le projet du Gouvernement ne parlait que de personnes exerçant la *même profession* ou le *même métier ;* mais on avait avec raison trouvé ces termes trop restrictifs, et l'on avait tenu à autoriser l'union entre corps de métiers dont l'industrie concourt au même but, et c'est pour cela qu'on avait substitué à ces termes les mots : exerçant la même profession ou des *métiers similaires.*

On y ajouta aussi les expressions : *professions connexes,* de telle façon que le syndicat pût comprendre tous ceux qui concourent par leur travail à une même œuvre, quelque distinctes que soient leurs industries.

De plus, le rapporteur de la loi au *Sénat, M. Tolain,* faisait une déclaration importante, qui éclaire d'un jour lumineux la portée des dispositions législatives nouvelles (V. Ledru et Worms, *Commentaire de la Loi de* 1884, n° 27, p. 45) : « La *Commission (*tout en se servant des mots : *Syndicats professionnels)* n'a pas voulu en restreindre, limiter et circonscrire l'application aux seuls ouvriers qui travaillent *manuellement...* La loi (nouvelle) est une *loi très large,* dont devront se servir *un grand nombre de personnes auxquelles, tout d'abord, on n'avait pas pensé :* les gens de bureau, par exemple, les

comptables, les commis et les employés de toute espèce ; *en un mot,* TOUTE PERSONNE QUI EXERCE UNE PROFESSION, ainsi qu'il est dit dans la loi, AURA LE DROIT DE SE SERVIR DE LA NOUVELLE LÉGISLATION... »

Il semblait donc que le doute ne fût pas permis, et que les professions, même *libérales*, dussent jouir sans conteste du bénéfice de la loi nouvelle.

Telle n'a pas été, cependant, la solution à laquelle s'est, dès le point de départ, ralliée la *Jurisprudence,* et il a fallu, pour dissiper en partie les hésitations, l'article 13 de la *Loi du* 30 *novembre* 1892 *sur l'exercice de la médecine*, qui porte qu'à partir de l'application de la présente loi, les médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes jouiront du droit de se constituer en associations syndicales, dans les conditions de la loi du 21 mars 1884, pour la défense de leurs *intérêts professionnels,* à l'égard de toutes personnes autres que l'*État,* les *départements* et les *communes* », et l'article 17, aux termes duquel, en ce qui concerne spécialement l'exercice illégal de la médecine, .. « les *associations de médecins régulièrement constituées*, les *syndicats visés dans l'article* 13 pourront en saisir les tribunaux par voie de citation directe..., sans préjudice de la faculté de se porter, s'il y a lieu, partie civile dans toute poursuite de ces délits intentée par le Ministère public ».

La restriction, applicable à l'*État,* aux *départements* et aux *communes*, tenait à ce qu'on ne voulait pas que les médecins, qui pouvaient, à l'occasion, être comme de véritables fonctionnaires rétribués, soit dans les hôpitaux, soit dans les bureaux de bienfaisance, soit dans le service des enfants assistés ou de la protection de la première enfance, eussent la faculté de créer en face de l'État, des départements ou des communes, et en opposition avec eux, des syndicats venant « discuter sur leurs devoirs et sur les chiffres de leurs honoraires ». (V. Roger et Godon, *Code du chirurgien-dentiste*, p. 131.)

En ce qui concerne les *pharmaciens*, il n'y a pour ainsi dire jamais eu d'hésitation, parce qu'ils ont toujours été considérés comme *commerçants* (V. *Cassation*, 1er septembre 1832 ; — *Cassation*, 5 juin 1833 ; — *Bordeaux*, 21 novembre 1856 ; — *Poitiers*, 7 mai 1857 ; — *Cassation*, 3 avril 1862 ; — *Cassation*, 31 mai 1862 ; — *Poitiers*, 11 mars 1869 ; — *Cassation*, 16 février 1878 ; — *Paris*, 20 janvier 1886 ; — *Lyon*, 8 et 15 mars 1888 ; — *Lyon*, 3 juin 1890 ; — *Paris*, 16 décembre 1891 ; — *Grenoble*, 7 juillet 1892 ; — *Cassation*, 5 janvier 1894 ; — V. cependant, *Bourges*, 17 mars 1831).

Pour les chirurgiens-dentistes, considérés, depuis la loi de 1892, comme exerçant une profession libérale, la justice semble ne pas avoir hésité à reconnaître leur droit de se syndiquer et d'intervenir judiciairement à titre collectif (V. *Trib. corr. Seine*, 25 mai 1895 ; —

*Trib. corr. Montbéliard*, 30 janvier 1896; — *Trib. corr. Seine*, 18 novembre 1898; — *Paris*, 12 mars et 22 décembre 1899; — *Trib. corr. Lille*, 20 octobre 1900; — *Trib, corr. Seine*, 30 juillet 1901).

Mais, en ce qui concerne spécialement les médecins, jusqu'à la loi de 1892, la jurisprudence paraissait hésitante et flottante (V. en faveur du droit de se syndiquer : *Lyon*, 26 janvier 1859; — *Cassation*, 31 mars 1859; — *Lyon*, 23 juin 1859; — *Cassation*, 18 août 1860; — *Aix*, 14 mars 1862; — *T. corr. Seine*, 10 mars 1890; — *Paris*, 4 juillet 1890).

Au contraire, soit parce qu'on était en présence de collectivités n'ayant pas d'existence légale, soit parce qu'il s'agissait de professions libérales, la justice avait considéré la loi du 21 mars 1884 comme inapplicable aux médecins (V. *Aix*, 13 mars 1861; — *Amiens*, 16 janvier 1863; — *Trib. Domfront*, 6 décembre 1884; — *Cassation*, 4 février et 27 juin 1885).

Depuis la loi de 1892, la question n'avait pas été discutée, et le *Tribunal civil de Bourgoin* (V. jugement du 21 juin 1901) avait admis sans difficulté l'intervention d'un *syndicat médical*.

La question se pose enfin d'une façon nette devant le *Tribunal correctionnel de Lille*. Il s'était formé, à *Lille*, pour la *région du Nord*, une *Union médico-pharmaceutique* (entre médecins et pharmaciens) *pour la défense des droits professionnels et de la santé publique*.

Le *Parquet* crut devoir interdire la formation d'un semblable syndicat et le poursuivre, une fois formé, et le Tribunal rendit, à la date du 10 *août* 1901, un jugement qui repoussait une telle prétention.

Le Tribunal estime, d'abord, que la loi de 1884 n'a pas entendu réserver aux seuls *commerçants* le droit de se syndiquer. Elle a, de plus, autorisé l'alliance de *professions connexes*, pour la défense de leurs *intérêts économiques*, etc., et l'article 13 de la loi de 1892 est venu, semble-t-il, consacrer définitivement cette faculté.

Et, au fond, n'y a-t-il pas, entre les deux professions de médecin et de pharmacien un lien étroit, une *connexité*, qui dérive de la communauté d'éducation scientifique, de la similitude des travaux tendant au même but, de la possibilité légale pour une seule et même personne d'exercer, le cas échéant, les deux professions en même temps ?

Ne concourent-elles pas l'une et l'autre, à la préparation du *remède*, c'est-à-dire à l'*établissement du produit déterminé* dont parle la loi ?

Enfin, n'ont-elles pas à *défendre des intérêts d'ordre économique* au premier chef : modifications à proposer à la législation existante ; mesures à prendre contre l'exercice illégal, encore trop répandu, de la médecine, et contre la fabrication et la vente de produits nuisibles, etc. ?

C'est donc user d'un droit légal, que de s'unir dans de telles conditions et dans un tel but.

Et le recueil de *Dalloz*, en reproduisant cette décision (V. 1901, 2.411), et revenant ainsi sur des appréciations antérieures (V. 1886, 1.137), conclut en ces termes dans une note fort substantielle : « Il semble que les raisons que donne le *Tribunal de Lille* à l'appui de sa solution soient *des plus plausibles.* »

Tel n'a pas été, cependant, l'avis de la *Cour de Douai*, dans son arrêt du 11 novembre 1900, que nous reproduisons, et que la *Gazette des tribunaux*, qui le donne, de son côté, accompagne d'une note approbative.

Quels arguments la *Cour de Douai* fait-elle donc valoir ? Les voici, en résumé :

Tout d'abord, les *médecins*, aux termes de la loi de 1884, n'ont pas le droit de se syndiquer entre eux, n'étant pas des commerçants (V. *Cassation*, 27 juin 1885), ni, par conséquent et à plus forte raison, de se syndiquer avec les membres de *professions similaires* ou *connexes*.

Et c'est à ce propos que la *Gazette des tribunaux* fait observer que la *loi de* 1884, qui refusait aux médecins la faculté de se syndiquer, devait, comme toute loi ayant un *caractère pénal*, *s'interpréter restrictivement*.

Il est vrai, ajoute-t-on, que la *loi de* 1892 a accordé aux médecins le droit de s'unir et de se grouper ; mais c'est là une *mesure de faveur exceptionnelle*, une *dérogation* aux principes, qu'il convient de renfermer et de restreindre dans les limites spéciales spécifiées par la loi elle-même. Les *médecins* peuvent donc désormais se syndiquer, mais seulement *entre eux* et pour la *défense de leurs intérêts professionnels propres*.

Tout au plus, mais d'ailleurs tout à fait limitativement, concevrait-on la possibilité de constitution d'un *syndicat* entre *médecins*, *chirurgiens-dentistes* et *sages-femmes*.

Et encore, à la différence des autres syndicats, une telle association ne peut-elle évoluer que dans les plus étroites limites, puisqu'elle n'a pas le droit de se constituer au regard de l'*État*, des *départements* ou des *communes !*

Un *syndicat* entre *médecins* et *pharmaciens* serait donc *contraire à la loi* et, dès lors, impossible.

Au surplus, il n'y a réellement pas de *connexité* entre les deux professions ; et, malgré *leurs points de contact*, elles sont radicalement séparées par tout ce qui différencie une profession libérale d'une profession commerciale.

Nous ne saurions, quant à nous, accepter cette argumentation, et nous pensons bien que l'affaire ne manquera pas d'être soumise à l'examen de la *Cour suprême*.

Et d'abord, il ne saurait plus, depuis la loi de 1892, être question d'interdire aux médecins de se syndiquer. Il n'y a plus de distinction à établir entre les professions, qu'elles soient ou non libérales, puisqu'aussi bien la profession de dentiste, autrefois *commerciale*, est désormais considérée elle-même comme *libérale*, et qu'il eût été vraiment singulier qu'une mesure, qui a voulu être une mesure toute de faveur, eût abouti, comme conséquence, à une restriction, et que les dentistes, par leur assimilation au corps médical, eussent perdu le droit, qu'ils avaient incontestablement avant 1892, de former entre eux des associations professionnelles. Et cependant, pour être logique, la *Cour de Douai* devrait aller jusque-là dans son raisonnement.

Si donc les médecins ont le droit de se syndiquer, — et ce droit, encore une fois, n'est plus contestable, — en vertu de quel texte précis leur serait-il défendu d'unir leurs intérêts professionnels à ceux de professions *similaires* ou *connexes* ?

La loi de 1892 n'a pas entendu déroger à un principe inflexiblement établi ni édicter de mesures de faveur exceptionnelles ; elle a entendu seulement appliquer aux médecins, comme à tous autres, les règles du droit commun, à part quelques restrictions imposées par la nature même des professions visées et par les devoirs qui leur incombent.

Il y a, d'ailleurs, entre les professions de médecin et de pharmacien, comme l'a justement fait observer le *Tribunal de Lille*, plus et mieux que de simples points de contact ; il y a une véritable *connexité*, et ce sont bien des intérêts d'ordre économique *similaires* qu'elles peuvent avoir, à l'occasion, à défendre en commun.

Pourquoi la *Cour de Douai* fait-elle une concession et admet-elle la possibilité d'un syndicat formé par des médecins avec des dentistes ou des sages-femmes, et, par contre, l'impossibilité d'en établir un avec des pharmaciens ?

Ce sont là de pures subtilités, contre lesquelles proteste la déclaration si nette du rapport de *M. Tolain*, que nous avons reproduite plus haut.

Quelles seront donc les circonstances où pourra s'établir une *connexité* entre des médecins et d'autres professionnels, et, si la chose devient désormais impossible, avec la rigoureuse théorie de la *Cour de Douai*, de quel droit interdirait-on aux seuls médecins la jouissance d'une faculté dont le législateur a voulu gratifier sans distinction tous les syndicats, de quelque nature qu'ils fussent ?

Comme cela a été dit, la loi de 1884 a été une loi très large, entendant conférer à toute personne qui exerce une profession le droit de se servir de la nouvelle législation, et il ne saurait appartenir à la jurisprudence, — si louable que puisse être le but qu'elle poursuit, — d'en restreindre l'exercice et d'en limiter arbitrairement la portée.

F. W.

## LIVRES ET REVUES

*Nous rappelons à MM. les Auteurs et Éditeurs que tous les ouvrages dont ils nous envoient deux exemplaires sont annoncés et analysés (s'il y a lieu). Les ouvrages doivent être adressés à M.* LE RÉDACTEUR EN CHEF, 45, *rue de La Tour-d'Auvergne.*

LE MÉDECIN DANS LA SOCIÉTÉ CONTEMPORAINE, conférences de *déontologie*, par MM. les docteurs *P. Le Gendre* et *G. Lapage.* Paris, Masson, 1902.

Les questions de *déontologie* semblent, depuis quelque temps, préoccuper d'une façon toute particulière le monde médical, et des œuvres d'un haut intérêt ont été, depuis deux ans, soumises à notre examen.

Le dernier né de ces travaux spéciaux, et qui n'est pas le moins remarquable, vient de faire son apparition sous ce titre : *le médecin dans la Société contemporaine.*

Il est dû à la collaboration de deux praticiens distingués MM. *Le Gendre* et *Lapage*, qui, par le rang qu'ils occupent et les services qu'ils rendent, soit à la *Faculté de médecine,* soit dans nos établissements hospitaliers, étaient mieux que personne en mesure de tracer les règles et la conduite à tenir dans l'exercice de leur profession. Ils l'ont fait, je me plais à le constater, d'une façon toute magistrale, et, si succinct que soit leur exposé, ils paraissent n'avoir rien négligé ni rien oublié de ce qu'il est essentiel de savoir. On peut, sur quelques points, différer d'avis d'avec eux ; mais leur opinion est si solidement étayée qu'elle ne saurait être contredite à la légère.

Dans six chapitres substantiels, les auteurs étudient successivement les devoirs envers les malades et envers soi-même, ceux vis-à-vis de l'Etat et des confrères, la question des remplacements médicaux, la cession de clientèle, les consultations entre médecins, les rapports des médecins avec les spécialistes et les pharmaciens ou les sages-femmes, les honoraires médicaux, et le secret professionnel. Puis, ils s'occupent du médecin dans ses rapports avec les collectivités, soit publiques, soit privées, et, recherchant les moyens de remédier à un encombrement médical qu'ils constatent à regret, ils conseillent aux jeunes gens qui entrent dans la carrière de ne négliger aucune des associations médicales ou de bienfaisance et de prévoyance, des œuvres de défense professionnelle que l'énergique et intelligente initiative de leurs devanciers a de toutes parts suscitées à leur plus grand avantage. La page consacrée aux rapports des médecins avec

les dentistes (p. 63) doit ici plus particulièrement appeler votre attention.

Si courtois qu'en soient les termes, il y a là comme une apparence de critique contre la loi de 1892 et le nouveau diplôme de chirurgien-dentiste qu'elle a institué, et nous nous demandons si de semblables attaques cadrent bien avec les conseils si sages que donnent les auteurs d'entretenir entre les deux professions de nécessaires relations de politesse et de correction.

Et pour éclairer d'un jour plus riant l'horizon assombri que MM. *Le Gendre* et *Lapage* font entrevoir aux élèves de nos *écoles dentaires,* en appelant autour d'eux la concurrence des jeunes docteurs en médecine qui cherchent encore leur voie, il nous suffira, pensons-nous, de rappeler ce que, avec son expérience consommée, constate M. le Professeur *Brouardel,* dans sa récente étude sur l'*Exercice de la médecine et le charlatanisme* : « Dans l'état actuel je crois qu'il est impossible d'exiger des docteurs en médecine des études complètes en art dentaire, et je pense que le client préférerait un dentiste ordinaire à un docteur n'ayant pas fait d'études spéciales, et dans l'habileté manuelle duquel il n'aurait, peut-être avec raison, qu'une médiocre confiance. »

Quoi qu'il en soit, ces conférences de déontologie, semées d'anecdotes, sont d'une lecture vraiment attachante, et nous les recommandons en toute confiance aux abonnés de *L'Odontologie.*

F. WORMS.

---

LE DROIT MÉDICAL DANS LES RAPPORTS INTERNATIONAUX, par *A. Lechopié,* avocat à la Cour de Paris. Paris, Marchal et Billard, 1901.

M. *A. Lechopié,* l'un des auteurs distingués du *Code des médecins* et de la *Nouvelle Législation médicale*, vient de consacrer une intéressante étude au *Droit médical dans les rapports internationaux.* Nul n'était mieux qualifié que lui pour aborder cet examen délicat.

Dans une langue sobre et précise, qui convient à semblable sujet, il s'occupe, en ce qui concerne la *France*, des médecins diplômés à l'étranger, des docteurs, des *dentistes,* des sages-femmes, des étudiants, et ce qui a trait aux dentistes forme une des parties les plus développées de ce travail.

Puis, viennent la nomenclature des droits à payer, qui s'élèvent, on le sait, à 960 francs pour l'obtention du diplôme de chirurgien-dentiste, et l'examen des autorisations gouvernementales et de la situation des médecins de frontières.

L'*Algérie* et les colonies françaises, les pays de protectorat et la

*Tunisie*, enfin les divers pays étrangers sont tour à tour passés en revue, en ce qui touche aux conditions de l'exercice professionnel, et la dernière partie traite du *droit international conventionnel*.

De tels résumés, substantiels et courts, sont appelés à rendre grand service à l'occasion, et nous félicitons vivement M. *Lechopié* de son heureuse initiative.

F. W.

---

*Das Füllen der Zähne mit Porzellan (System Jenkins).*

Le D^r^ en chirurgie dentaire Walther Wolfgang Bruck est l'auteur d'un traité sur l'*obturation des dents avec de la porcelaine* (Système Jenkins), destiné aux chirurgiens-dentistes et aux étudiants. L'auteur a traité ce sujet avec la compétence que lui donnent sa longue expérience et sa situation de professeur de dentisterie à l'Institut dentaire de l'Université de Breslau.

L'ouvrage, qui est divisé en deux parties, comprend une introduction, un historique, six chapitres, des conclusions, un appendice et une bibliographie. Il a 140 pages, 116 figures et est édité par l'éditeur S. Schottländer, de Breslau (Schles. Verlags-Anstalt).

---

NOUVEAU JOURNAL.

Nous avons reçu les premiers numéros d'un nouveau journal médical « *La clinique générale de chirurgie* », dont le D^r^ Aubeau, professeur honoraire à l'École dentaire de Paris, est le rédacteur en chef. Cette publication, de grande allure, est un bulletin mensuel des travaux de la clinique et une revue des sciences médicales et de leurs applications à l'anthroposociologie. Ainsi que le dit notre distingué professeur honoraire dans sa préface, ce journal sera l'organe de ce vaste « groupement comprenant tous les services de chirurgie générale et spéciale et tous les laboratoires nécessaires aux recherches scientifiques, groupement qui constitue un véritable établissement d'enseignement supérieur libre ».

Nous ne pouvons qu'approuver la pensée qui a guidé le D^r^ Aubeau dans sa création et nous souhaitons le plus grand succès à l'organe qu'il a fondé.

*La Rédaction.*



# NÉCROLOGIE

## M. CONNORT

Nous avons à déplorer la perte d'un de nos plus estimés confrères, J. E. Connort, décédé d'une façon rapide à l'âge de 43 ans, à Paris,

Diplômé de l'Ecole dentaire de Paris en 1884, il avait été admis la même année dans l'Association générale des dentistes de France.

L'Ecole avait envoyé une délégation et une couronne aux obsèques, qui ont eu lieu le 22 janvier. Plusieurs membres de l'Association également avaient tenu à assister aux funérailles et à donner ainsi un dernier témoignage de sympathie au défunt.

---

## M. KUENZI

M. Kuenzi, chirurgien-dentiste, demeurant 22, quai du Louvre, a mis fin à ses jours. dans des circonstances particulièrement atroces.

Il y a quelque temps, Mme Kuenzi avait fait une chute de bicyclette si malheureuse qu'une maladie abdominale s'ensuivit, à laquelle la femme du dentiste succombait dimanche.

Les obsèques étaient célébrées hier, à onze heures, en l'église Saint-Germain-l'Auxerrois.

M. Kuenzi, invoquant sa profonde affliction, n'y assista pas. Le deuil fut conduit par son fils.

Quand celui-ci rentra à la maison, il trouva son père pendu dans la chambre où était morte Mme Kuenzi.

On n'a pu rappeler à la vie le mari désespéré. Il était âgé de cinquante ans.

## DEMANDES ET OFFRES

**PRIX** d'une CASE, dans 3 numéros........................ **8** francs.
**payable d'avance.** (Pour les Abonnés de *L'Odontologie*. **5** » ).

*L'Administration de* L'Odontologie *est à la disposition des vendeurs ou acheteurs pour transmettre aux intéressés les lettres adressées aux initiales indiquées, mais il est bien entendu que son rôle se borne à cette transmission.*

---

1 *Par suite* de *maladie grave*, ***CABINET*** d'un rapport, garanti par acte, de 13.500 fr. à ***REMETTRE*** dans *charmante ville du Midi* de 25.000 habitants ; prix à débattre. — Ecrire par poste aux initiales E. M., aux soins de M. Papot. (76-$^{6}$)

---

2 **UNE PERSONNE** disposant de 2 heures le soir, et *ayant appartenu pendant plusieurs années* au service de la **correspondance**, à *l'Ecole dentaire de Paris*, désirerait **emploi similaire.** Ecrire par poste à R. S. au Journal. (85-$^{6}$)

---

3 *A céder de suite*, pour *cause de santé*, dans un des beaux quartiers de Lyon, **CABINET DENTAIRE** fondé depuis 7 ans et ayant une *très belle clientèle*. — S'adresser à M. Steininger, 21, Cours Morand, à Lyon. (89-$^{5}$)

---

4 **ON DEMANDE** pour **dépôt dentaire** Paris, un jeune employé ayant déjà certaines connaissances de la partie. — *Magasin et courses.* — Ecrire *par poste* avec tous détails et références à H. L. Journal *L'Odontologie*. (93-$^{4}$)

---

5 **Un patenté 34 ans. OPÉRATEUR TRÈS EXPÉRIMENTÉ,** connaissant parfaitement les *aurifications et le Bridge*, demande une situation, de préférence à Paris. Ecrire par poste à M. R. D. aux soins du journal. (94-$^{4}$)

---

6 *On achèterait **DE SUITE** Cabinet dentaire* faisant de 25 à 30.000 francs, à Paris ou dans grande ville. Ecrire par poste à L. D. S. aux soins de M. Papot, 45, rue de La Tour-d'Auvergne. (95-$^{4}$)

---

7 **On désire** reprendre au **COMPTANT,** à *Paris*, un **CABINET DENTAIRE** de 100 à 200.000 francs. Ecrire à M. le D$^{r}$ Magdelaine, 6 rue de Laborde, à Paris. (96-$^{3}$)

---

8 **AFFAIRE EXCEPTIONNELLE.** — A céder dans *ville du Midi*, après **fortune faite,** un Cabinet dentaire fondé depuis 35 ans, le plus ancien de la ville ; chiffres d'affaires *10.000 fr. garantis.* Le vendeur restera un an avec l'acquéreur. — Pour renseignements, s'adresser à MM. Reymond frères, 44, place de la République, Lyon. (97-$^{3}$)

---

9 *BON OPÉRATEUR*, 40 ans, présentant très bien, exerçant depuis 12 ans dans grande ville de province, *connaissant la prothèse*, demande situation à *PARIS*. Pourrait au besoin fournir meubles et instruments pour installation dans cabinet qui lui sera confié. Ecrire par poste aux initiales A. B. 89, aux soins de M. Papot, 45, rue de la Tour-d'Auvergne. (98-$^{3}$)

---

10 **BAIL A CÉDER** pour *cause de départ à l'étranger* à dentiste diplômé ou sans diplôme. Grand appartement, ascenseur, calorifère, salle de bains, toutes les pièces donnent sur rue. Loyer 2730 fr., pourrait être réduit à 2.500 (mobilier et instruments tout neufs à vendre). F. W., faubourg Poissonnière, 112. (99-$^{3}$)

---

11 **A CÉDER** dans grande ville **très bon Cabinet.** — Affaires : 50.000 francs. — *Frais minimes.* — **Clientèle riche**. Ecrire à M. Lavigne, 29, galerie du Baromètre, à Paris. (100-$^{3}$)

---

12 *Un Docteur en médecine, **LUXUEUSEMENT INSTALLÉ** dans le Centre de Paris*, désire s'adjoindre un ***CABINET DE DENTISTE***. Ecrire *par poste*, au D$^{r}$ L. B., aux soins de « L'Odontologie », 45, rue de La Tour-d'Auvergne, Paris. (1-$^{2}$)

*(Voir la suite page 100)*




### École dentaire de Paris.

Le nombre d'élèves inscrits au 15 janvier s'élève à deux cents pour la présente scolarité.

---

### Palmes académiques.

Nous avons le plaisir d'apprendre que M. Aloys Decker, médecin-dentiste à Luxembourg, vient de recevoir les palmes académiques. Nous lui adressons nos sincères félicitations.

---

### Hopitaux de Limoges.

M. le Dr Alexandre Bacque est chargé du service de Stomatologie.

(*Gazette des hôpitaux.*)

---

### La candidature d'un dentiste.

Berlin, 19 janvier. — Le journal local de Prenzlau a publié dans son dernier numéro l'annonce suivante :

« J'apprends que plusieurs de mes concitoyens veulent m'honorer de leur confiance et me nommer conseiller municipal de notre ville. Afin que cette élection ait lieu, je m'engage à arracher gratuitement une dent à tout électeur qui votera pour moi. N. N., dentiste. »

(*Le Rappel.*)

---

## Avis relatif au recouvrement des cotisations

**Les membres de l'Association et les abonnés du Journal domiciliés dans les *Colonies* ou à l'*Etranger*, qui ont des *cotisations en retard*, sont priés de bien vouloir en adresser le montant, en un mandat-poste international ou en un chèque sur un établissement financier de Paris.**

**Pour L'ASSOCIATION, au *Trésorier :* Jules d'Argent................**
**Pour le JOURNAL, à l'*Administrateur Gérant :* Ed. Papot.............**
} **45, rue de La Tour-d'Auvergne, Paris.**

## DEMANDES ET OFFRES

**PRIX** d'une CASE, dans 3 numéros........................ **8** francs.
**payable d'avance.** (Pour les Abonnés de *L'Odontologie.* **5** » ).

*L'Administration de* L'Odontologie *est à la disposition des vendeurs ou acheteurs pour transmettre aux intéressés les lettres adressées aux initiales indiquées, mais il est bien entendu que son rôle se borne à cette transmission.*

---

13 URGENT, on demande un **OPÉRATEUR-MÉCANICIEN** pour gérer un cabinet en province. Ecrire par poste, à M. R. D. (2-2)

---

14 Jeune D. D. S. et D. F. M. P. désire **ACHETER BELLE CLIENTÈLE** à Paris ; entrerait comme **associé** ou **opérateur** pendant quelque temps. Ecrire par poste, n° 1114 aux bons soins de M. Papot. (3-2)

---

15 *Un élève de l'Ecole Dentaire,* ***BON MÉCANICIEN****,* désire une place pour *l'après-midi* seulement. Ecrire *par poste* aux initiales C. C. C. aux soins de M. Papot, 45, rue de La Tour-d'Auvergne. (4-2)

---

16 **A CÉDER,** *pour cause de santé,* **cabinet dentaire** situé quartier de la *Madeleine,* ayant fait fr. 15.000 dans sa 1re année, **grand avenir.** — *Conditions avantageuses.* Ecrire L. M. D., bureau 118, rue d'Amsterdam, Paris. (5-1)

---

17 **A VENDRE,** *pour cause de santé,* **cabinet dentaire** situé à quelques minutes de *Paris* (10 minutes par la gare du Nord). — Recettes moyennes 11.000 à 12.000 fr.; peu de frais de représentation ; 1.100 fr. de loyer; *prothèse bien payée.* — Prix net 8.000 francs dont 5000 comptant. — *Affaire exceptionnelle.* — S'adresser à M. Mamelzer, 40, rue Croix-des-Petits-Champs, à Paris. (6-1)

---

18 *Pour cause de santé,* à remettre, au prix de 5.000 francs comptant, un ***CABINET DENTAIRE*** rapportant au minimum 8.000 francs et susceptible d'une grande augmentation. — Ecrire *par poste* aux initiales A. B. D., aux soins de M. Papot, 45, rue de La Tour-d'Auvergne. (7-1)

---

19 **Un dentiste** de **BARCELONE** demande un **aide habile** pour l'*atelier* et le *cabinet;* il désire qu'il soit bien au courant du traitement des caries et des aurifications. — S'adresser chez Messieurs Victor Simon et Cie 54, rue Lamartine, Paris. (8-1)

---

20 **MÉCANICIEN BELGE,** au courant des **pièces en or,** cherche place à *Paris* ou *province.* — Ecrire à E. Victor, rue Schul, 11, à Anvers (Belgique). (9-1)

---

21 *On demande* un ***BON MÉCANICIEN*** connaissant à fond le *caoutchouc* et *l'or*, et qui n'aura à faire ni Bridge-Work ni Couronne. — Ecrire *par poste* aux initiales J. B. M., aux soins de M. Papot, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, à Paris. (10-1)

---

22 TRÈS PRESSÉ à céder de suite, cause de départ, TRÈS BONNE CLIENTÈLE dans grande ville du nord, 125.000 habitants, ne comptant que 7 dentistes, faisant 13 à 14.000 fr. d'affaires GARANTIS (les affaires progressent chaque année), bien situé ; 650 fr. loyer, 150 fr. contr.; à vendre **4.000** fr. 10 0/0 au comptant. (Accepterai offre sérieuse). — Ecrire *par poste* à G. R. R. aux bons soins de M. Papot, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, Paris. (11-1)

---

23 A **REMETTRE DE SUITE** dans *ville de l'ouest* 19.000 habitants, **excellent cabinet**. Affaires prouvées 22-25.000 fr. *Clientèle aristocratique et riche bourgeoisie*, médecins, institutions et communautés, etc. *Susceptible d'augmentation.* Prix demandé 25.000 fr. dont 15.000 fr. comptant, le reste à termes. Il ne sera répondu qu'aux offres sérieuses. — Ecrire *par poste :* H. G. N. aux soins de M. Papot, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, Paris. (12-1)

# TRIBUNE OUVERTE.

QUESTIONS ET RÉPONSES.

N. B. Nous sommes à la disposition de nos lecteurs pour publier les questions qui nous seront adressées et nous serions heureux que cette insertion provoquât des réponses, que nous accueillerons tout en *déclinant toute responsabilité au sujet des opinions émises.*

Toutefois nous ne pouvons donner suite qu'aux questions ou réponses signées ; mais la publication peut en être faite sous un pseudonyme choisi par l'auteur. *Prière de ne pas insérer ces communications dans le corps d'une lettre, mais sur feuillet spécial écrit d'un seul côté.*

? N° 172. — *A quoi faut-il attribuer la teinte rougeâtre que prennent certaines dents anglaises après le travail de la soudure?* J. P.

? N° 176. — *Dans la pratique de l'anesthésie par le protoxyde d'azote, est-il préférable d'employer la méthode de F. Mervitt (protoxyde et oxygène)? Cette méthode fait-elle encourir plus de responsabilité que l'emploi de la cocaïne?* UN ABONNÉ.

? N° 190. — *Y a-t-il différentes qualités de dents artificielles d'une même marque? Les fournisseurs peuvent-ils ainsi acheter des dents de qualité inférieure, ce qui expliquerait le grand nombre de fractures des dents artificielles?* A. A.

? N° 191. — *Le dentiste non diplômé a-t-il le droit d'employer les anesthésiques réfrigérants et de s'en faire une réclame dans les journaux?* A. A.

☞ *Réponse.* — En principe, comme le disent MM. *Roger et Godon*, dans leur *Code du chirurgien-dentiste* (p. 162 et 209), et suivant l'art. 32 de la loi du 30 novembre 1892, les *dentistes patentés* n'ont le droit de pratiquer l'anesthésie qu'avec l'assistance d'un docteur ou d'un officier de santé, sous peine d'une amende de 100 à 500 francs, et, en cas de récidive, d'une amende de 500 à 1.000 francs et d'un emprisonnement de 1 à 2 mois, ou de l'une de ces deux peines seulement, et cette prohibition s'applique à l'*anesthésie* tant *locale* que *générale*, tandis que les *dentistes diplômés* ont le droit de pratiquer seuls et sans aucune assistance l'anesthésie, sous toutes ses formes (V. aussi *Brouardel*, L'Exercice de la médecine et le charlatanisme, p. 369).

L'emploi des anesthésiques en matière dentaire a donné lieu, avant la loi de 1892, à une jurisprudence que nous rappelons sommairement : *C. Paris*, 26 janvier 1872 ; — *Trib. corr. Lille*, 8 avril 1873 ; — *C. Douai*, 26 mai 1873 ; — *Trib. corr. Seine*, 5 novembre 1885 *(aff. Duchesne)* ; — *Trib. Lille*, 1890 (V. *Roger et Godon*, p. 76) ; — *Trib. Seine*, 3 mai 1892 ; — *Trib. corr. Seine*, 1892 (V. *Lechopié*, Nouvelle Législat. n. 67) ; — et, depuis la loi de 1892 : *Trib. corr. Alger*, 4 novembre 1893 ; — *Trib. corr. Montbéliard*, 30 janvier 1896 ; — *Trib. civ. Seine*, 10 novembre 1896 ; — *C. Paris*, 22 décembre 1899 ; — *Trib. civ. Seine*, 27 juin 1901.

Du moment que le dentiste patenté anesthésie dans les conditions fixées par la loi, il n'est pas répréhensible, en droit, de se faire de cette pratique une réclame dans les journaux, Mais il doit, bien entendu, souligner l'assistance du médecin ou de l'officier de santé aux opérations d'anesthésie.

Profitons de la circonstance pour rappeler aux dentistes pratiquant l'anesthésie les conseils que, dans *L'Exercice de la médecine et le charlatanisme* (p. 380), croit devoir leur donner M. le Professeur *Brouardel*.

« Tout d'abord, n'endormez jamais un malade sans l'avoir fait coucher et sans

lui avoir fait retirer les vêtements qui peuvent occasionner une gêne quelconque de la respiration.

» En second lieu, n'endormez pas seul ; les magistrats s'inquiètent beaucoup de ce point. Il arrive fréquemment que des femmes endormies dans ces conditions ont, au moment de la période d'excitation, des rêves érotiques dont elles gardent le souvenir au réveil ; elles vont aussitôt déposer une plainte chez le commissaire de police qui, devant les affirmations de cette femme, dont la bonne foi peut être absolue, ouvre une enquête et peut procéder à une arrestation... Ne chloroformisez jamais seul ; mais autant qu'il est possible écartez le mari. Il peut arriver qu'au cours du sommeil, sous l'influence de sensations voluptueuses, la malade prononce un prénom qui n'est pas celui du mari : ce qui place les époux dans une situation difficile et peut amener ultérieurement des troubles dans la tranquillité du ménage.

» En dernier lieu, je vous recommande, si, par malheur, il vous arrive un accident, de conserver tout votre sang-froid... Le médecin qui s'émotionne semble laisser croire... qu'il n'est pas sûr de lui, qu'il a commis une faute... »

F. W.

? N° 193. — *Pourriez-vous m'indiquer quels sont les traités et manuels sur l'Orthodontie et les redressements les plus importants en* FRANÇAIS, *en* ALLEMAND *et en* ANGLAIS ?

Dr H.

? N° 194. — *Ceux auxquels la loi de 1892 sur l'exercice de l'art dentaire permet, sans diplôme de chirurgien-dentiste, la confection et la pose des appareils dentaires, peuvent-ils se servir des enseignes ou qualificatifs suivants :* DENTISTE, MÉCANICIEN-DENTISTE ?

X* *

☞ *Réponse.* — Le droit de s'intituler mécanicien-dentiste et de faire figurer cette qualité sur une enseigne est incontestable, l'exercice de la prothèse dentaire étant libre et n'étant soumis à l'accomplissement d'aucune formalité légale.

Mais nous estimons qu'il ne conviendrait pas d'user du mot *dentiste*, car la loi de 1892 a réservé au dentiste patenté et non diplômé des droits transitoires, qui l'autoriseraient à poursuivre, au besoin, en concurrence déloyale, tout mécanicien qui usurperait ainsi un titre qui ne lui appartient pas et serait de nature à faire illusion à la clientèle tentée de s'adresser à lui.

F. W.

? N° 195. = *La veuve d'un dentiste, qui, à la mort de son mari, a chargé un opérateur diplômé de la gestion du cabinet dentaire peut-elle (en cas de mésentente avec l'opérateur qui, après avoir fait enregistrer son diplôme et s'être annoncé comme le successeur du dentiste décédé, s'installe dans la même ville à son compte personnel) disposer du cabinet de son défunt mari et reprendre un autre opérateur ?*

X.

☞ *Réponse.* — Il est difficile de répondre utilement à la question, dans les termes où elle est posée.

Dans quelles conditions la veuve a-t-elle chargé primitivement un opérateur diplômé de la gestion du cabinet dentaire de son défunt mari ? Avait-elle elle-même, en vertu des dispositions transitoires de la loi de 1892, la faculté d'exercer ? Voilà ce que nous ne savons pas.

Mais, dans le cas de la négative (qui est le plus probable, dans l'espèce), il nous semble, étant donné l'état de la jurisprudence, que la veuve n'avait pas le droit de rester titulaire du cabinet, tout en confiant la gestion à un diplômé.

La loi, en ce qui concerne les veuves de personnes ayant exercé une profession libérale, est absolument muette. Seule, la situation des veuves de pharmaciens a fait l'objet d'une réglementation ; mais on ne saurait étendre, par analogie, un texte qui consacre une exception.

Comme le dit *Dubrac* (n. 386), la loi s'est efforcée, en ce qui les concerne, de concilier les dispositions qui prohibent l'exercice de la pharmacie par un non diplômé avec les intérêts privés des familles et même avec l'intérêt public. Une veuve peut n'être pas toujours en mesure de vendre immédiatement le

fonds laissé par son mari, et elle aurait été gravement lésée, si le législateur ne l'avait autorisée à tenir l'officine ouverte pendant une année sous la surveillance et la direction d'un pharmacien.

Mais si la veuve a cette faculté, d'autres héritiers ne sauraient y prétendre (V. *Alger*, 6 juillet 1897), et cette même jurisprudence doit s'étendre à la veuve d'un dentiste.

En principe, il faut, pour exercer, être à la fois propriétaire du cabinet dentaire et muni d'un diplôme régulier. La gestion par un individu remplissant les conditions légales d'un fonds appartenant à un non-diplômé serait insuffisante (V. *Paris*, 17 février 1891).

C'est assurément là une situation des plus regrettables et contraire à l'équité; mais une loi seulement pourrait modifier l'état actuel de la législation, dont une tolérance de fait ne pourrait que dans une certaine mesure atténuer les inconvénients.

La veuve, néanmoins, conserve, suivant nous, dans les conditions où la question nous est soumise, le droit, après le départ de l'opérateur, non de reprendre un opérateur, mais de chercher un acquéreur du fonds. Ce fonds n'a pas été mis par la loi de 1892 hors du commerce, et le droit de le vendre, que la veuve a, dès lors, conservé, découle du droit de propriété que lui a transmis le dentiste défunt.

F. W.

? N° 196. — *La question qui nous a été posée relativement aux ordonnances prescrites par le chirurgien-dentiste sera traitée dans un article spécial qui paraîtra dans un de nos prochains numéros, sous la rubrique* « JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE ».

**L'Évolution de l'Art dentaire. — L'ÉCOLE DENTAIRE,** son histoire, son action, son avenir, par le Dr Ch. Godon, directeur de l'École dentaire de Paris. 1901, 1 vol. gr. in-8, 366 pages et planches. 10 fr. (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris).

L'auteur passe d'abord en revue l'évolution de l'art dentaire à travers les âges. Il nous montre qu'à toutes les époques, dans les civilisations des Egyptiens, des Grecs, des Romains, des Arabes, l'art dentaire a été exercé par des spécialistes, comme il l'est de nos jours. Il divise cette partie historique en une période pratique et une période scientifique. La première remonte à la plus haute antiquité pour se terminer à la fin du XVIIe siècle; la seconde débute en 1727 par la publication du premier ouvrage d'art dentaire « *Le Chirurgien-Dentiste* » de Pierre Fauchard et se poursuit avec la fondation de la première société odontologique et surtout de la première école dentaire en 1839 aux Etats-Unis.

L'odontologie, science nouvelle, réalise des progrès rapides et importants pendant les soixante dernières années, grâce à la multiplicité des écoles dentaires créées dans tous les pays (elles sont actuellement au nombre de plus de 150). Le compte rendu sommaire que donne l'auteur de l'important Congrès dentaire international tenu à Paris au mois d'août 1900, et qui s'est terminé par la constitution d'une Fédération dentaire internationale, permet de constater ces résultats.

Dans la deuxième partie de son étude l'auteur a pris surtout pour type de l'évolution scientifique de l'odontologie l'Ecole dentaire de Paris, dont il raconte l'histoire. Il nous fait apprécier l'influence qu'elle a exercée sur la renaissance des études odontologiques en France par les œuvres dont elle a provoqué la création et le développement, et auxquelles est due la situation sociale du nouveau chirurgien-dentiste créé par la loi sur la médecine du 30 novembre 1892.

Deux tableaux synoptiques du programme d'enseignement, l'un de l'année 1880, l'autre de l'année 1900, placés à la fin de l'ouvrage, résument les progrès réalisés pendant ces vingt dernières années. Une troisième partie est consacrée à l'avenir de l'enseignement et des écoles dentaires.

L'ouvrage se termine par des conclusions qui représentent les principaux desiderata des chirurgiens-dentistes de tous les pays.

| | | |
|---|---|---|
| **PRIX en librairie................** | **10 fr.** | frais de port en sus. |
| Pour les abonnés de *L'Odontologie.* | **6 fr.** | |

**L'administration de *L'Odontologie* prie ceux des souscripteurs à la thèse du Dr Godon qui ont reçu le volume sans en avoir envoyé le montant, d'adresser à M. Ed. Papot la somme de 6 fr. 25 pour Paris, 6 fr. 85 pour les départements et 7 fr. pour l'étranger.**

22e ANNÉE. N° 3 15 FÉVRIER 1902 VOL. XXVII




**L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.**

## Travaux Originaux

### NOTE POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE LA DÉSHYDRATATION DENTINAIRE

*(Communication à la Société d'Odontologie de Paris. Séance du 17 décembre 1901).*

Par M. le Dr MAHÉ.

Je crois convenable de profiter de ce que la discussion se rouvre sur la communication de M. Choquet pour faire entendre un mot que j'estime avoir quelque droit de dire, sur la *déshydratation* considérée comme *moyen de thérapeutique dentinaire.* Je désire, sans avoir aucune tendance à m'en exagérer l'importance, rappeler la petite part que j'ai pu avoir dans l'édification, ou plus exactement, si je puis ainsi dire, dans la *réglementation* d'une méthode dont jusqu'ici le principe faisait, avec un empirisme relatif peut-être, partie du patrimoine commun des odontologistes.

Je ne puis me dissimuler que ce côté — le petit — de la question peut facilement devenir irritant et je me propose de l'aborder avec mesure et modération en même temps qu'avec la fermeté d'une absolue et sincère conviction.

Quand j'eus appris que la nouvelle méthode de désinfection dentinaire annoncée par M. Choquet, dans la séance du

5 mars, avait pour substratum la *déshydratation*, je tins — pour éviter précisément ce rappel rétrospectif, aussi pénible à faire qu'à entendre — à signaler que j'avais, quelques mois auparavant, usé du même moyen pour agir sur la dentine. M. Choquet crut devoir écarter sans examen, cette déclaration qui d'ailleurs fut faite, je veux le reconnaître, dans des conditions contraires à mon désir et à mon attente, et parfaitement propres à le désobliger. De la forme je ne dirai donc rien, et quant au fond de sa réplique je ne jugeai pas avoir à le relever sur le moment, admettant parfaitement que mon modeste travail de clinicien ait pu passer inaperçu de notre savant confrère ; j'étais aussi convaincu qu'il suffirait de lui en signaler l'existence pour qu'il fût lui-même frappé de la coïncidence où nous nous rencontrions. J'attendis donc. Au Congrès d'Ajaccio, M. Choquet parla de la déshydratation dentinaire sous la forme exclusivement personnelle qu'il avait primitivement adoptée.

Aujourd'hui je prends la parole pour dire que c'est peut-être pousser bien loin le souci de se débarrasser d'une gênante bibliographie que de persister à volontairement confondre avec des procédés quelconques une méthode qui offre avec celle dont se sert M. Choquet plus qu'une analogie.

Je vais essayer de le montrer, en spécifiant bien que si, malgré la réflexion approfondie et l'examen sérieux des textes qui ont précédé cette manifestation de ma part, j'avais le malheur de commettre une erreur d'appréciation, je me ferais un devoir de le reconnaître.

Donc, M. Choquet, ayant en vue de faire agir sur la dentine un médicament qui, en l'espèce, est un antiseptique, pose comme condition première à l'action de ce médicament la *déshydratation préalable* de la dentine.

Or, il s'est trouvé que précédemment ayant à faire agir sur la dentine un médicament qui, en l'espèce, était un analgésique, j'ai posé comme condition première à l'action de ce médicament : la *déshydratation préalable* de la dentine.

Voyons d'abord « l'exposé des motifs ». Pourquoi cette déshydratation ?

« Parce que, dit M. Choquet, vouloir faire pénétrer des antiseptiques dans les canalicules de la dentine, sans avoir fait subir au préalable à celle-ci un traitement spécial, c'est vouloir faire dissoudre de l'huile dans l'eau, rien qu'en en déposant à sa surface, c'est vouloir dissoudre de l'albumine dans l'alcool absolu, etc. »

Je ne m'étais pas exprimé d'une façon très différente, quoique plus précise :

« La nécessité de déshydrater parfaitement la cavité, avais-je dit, s'explique par ce fait que le menthol (c'était en effet le médicament que je désirais faire agir sur la dentine), je le crois du moins, agit par contact direct avec l'élément sensible, et que d'autre part il n'est pas soluble dans l'eau. Si donc on l'applique sur une surface humide, il n'agira pas, puisqu'il n'arrivera pas en situation utile, je veux dire au contact de la fibrille [1]. »

Comment procédons-nous, l'un et l'autre, à cette déshydratation ?

Voici ce que M. Choquet appelle son processus opératoire :

1° Nettoyage mécanique de la cavité à obturer au moyen de la fraise ;

2° Déshydratation — mais ici j'hésite entre deux variantes données par l'auteur à un mois d'intervalle, de ce temps essentiel de l'opération.

Alors que le 7 mai, il recommande seulement un lavage à l'alcool à 70, puis un lavage à l'alcool absolu, le 4 juin, il dit : déshydratation au moyen de l'air tiède, auquel on associe ensuite l'action énergique de l'alcool *à des titres successifs*, et de plus en plus élevés jusqu'à l'alcool absolu.

3° Séchage à l'air chaud et remplacement de l'alcool par le mélange alcool, xylène, essence de géranium et hydronaphtol.

---

1. Traitement de l'hyperesthésie dentinaire par le menthol. *L'Odontologie*, janvier 1900.

Et voici les « temps » du procédé que je décrivais :

La digue étant placée ;

Après avoir excisé tout ce qui peut l'être sans douleur de l'ivoire ramolli ;

*Déshydrater* la carie le plus parfaitement possible par l'emploi combiné de l'air chaud et de l'alcool absolu ;

*Ou* fondre directement dans la cavité, traitée par l'alcool, un petit cristal de menthol *ou* (selon le cas) utiliser une *solution* forte de *menthol dans l'alcool absolu.*

Si l'on veut bien ne pas oublier que M. Choquet recherche surtout une action antiseptique, alors que j'avais surtout en but une action analgésique, on reconnaîtra qu'il était difficile de rencontrer dans le mode d'application un parallélisme plus satisfaisant.

Mais s'il me paraît indubitable et indiscutable que le procédé décrit par moi, en janvier 1900, avait bien pour caractéristique de rechercher sur la dentine *saine et vivante* un effet thérapeutique dont la déshydratation préalable était le *mécanisme principal et nécessaire,* je n'en conclus pas l'identité absolue avec le procédé employé par M. Choquet.

Je constate, car c'est un fait, qu'il y a similitude absolue de principe entre sa méthode et la mienne, mais il n'en coûte nullement, bien au contraire, de reconnaître que, dans l'application, mon procédé, que je crois aussi méthodique que le sien, était sensiblement moins rigoureux.

La nuance différentielle dans notre manière respective de procéder réside uniquement et tout entière dans ce fait que la grosse déshydratation, préalable à l'action de l'alcool absolu, a été pratiquée par moi mécaniquement à l'aide de l'évaporation progressive par l'air chaud, alors qu'elle l'a été chimiquement par M. Choquet à l'aide de l'alcool à titre inférieur.

Pour fixer ma discussion, il me faut opter entre les deux variantes de M. Choquet sur ce point qui fait précisément toute la question. Considérerai-je comme « méthode de M. Choquet » celle qui date de cinq ans et qui est constituée par un simple lavage à l'alcool à 70°, ou bien celle qui est pos-

térieure au 7 mai 1901 et dans laquelle notre collègue utilise l'air chaud, puis les alcools à titre progressivement plus élevé ?

Ce sera cette dernière que je choisirai ; d'abord parce que, au point de vue histologique dont se réclame l'auteur, elle est assurément la plus parfaite ; ensuite parce que c'est celle qu'il a présentée à la Société de Biologie et au Congrès d'Ajaccio et que, par ces faits, elle me paraît la forme actuelle de son procédé.

Je dois dire qu'il ne me paraît pas prouvé que ma manière de faire, à condition que l'évaporation par l'air chaud soit pratiquée progressivement et soigneusement, soit inférieure aux alcools successifs pour l'élimination de la plus grande partie de l'eau contenue dans la dentine. Mais n'étant pas en possession des résultats d'expériences en cours sur ce sujet, je veux systématiquement considérer ce procédé comme un effet moins parfait. Je veux donc croire que les éléments protoplasmiques, ici les fibrilles de Tomes, contenant encore une trop forte proportion d'eau au moment où l'on fait agir sur eux l'alcool absolu subissent, de ce fait, dans leur portion la plus périphérique, une coagulation légère qui ne permet pas au liquide médicamenteux, ultérieurement appliqué, de les parcourir « de part en part ». Et je dis moi-même que sans doute les alcools successifs par leur action plus progressive assurent la pénétration plus profonde de cet agent. Mon procédé est donc peut-être moins rigoureux et par suite moins parfait, ou — si l'on veut bien me le permettre — moins parfait et par suite moins rigoureux que celui de M. Choquet.

Une autre différence encore, c'est que, au lieu de rechercher une imprégnation parfaite et définitive des cellules vivantes que j'avais à soigner, je me suis préoccupé d'éliminer mon médicament de la façon la plus complète, après qu'il m'eut rendu le service que j'en attendais. Après m'avoir servi d'agents de pénétration, l'alcool et l'air chaud, me servirent *d'agents d'élimination*, car j'ai dans l'esprit cette idée arriérée — à tel point qu'elle remonte au

temps où l'on parlait latin — que *primum non nocere* est encore notre premier adage, et je craignais, je l'avoue, de léser ou de compromettre la vitalité de la fibrille de Tomes, et par suite de l'odontoblaste, c'est-à-dire en définitive, d'interrompre la nutrition de la dentine, que j'avais en vue de *soigner*.

C'est que mon guide, en effet, ne fut pas le laboratoire, mais la clinique; et je n'aurais pas osé, je le reconnais, traiter les cellules vivantes de mes patients avec la même et sévère méthode dont on use sur des lamelles à l'égard d'un tissu fixé et durci.

Et alors que M. Choquet réclame le mérite, qu'il n'entre pas dans mon idée de contester, d'avoir transporté dans son cabinet les méthodes du laboratoire, je n'ai cherché qu'à traduire ces méthodes en un *procédé clinique*.

C'est parce qu'il est clinique que je vais maintenant, après en avoir moi-même exposé les tempéraments et les faiblesses, réclamer pour lui quelques menus avantages.

Tout d'abord, ayant pour but de déshydrater la dentine, c'est-à-dire d'en éliminer ou d'en diminuer considérablement l'eau, j'ai eu pour premier soin d'empêcher l'apport extérieur de nouvelles molécules aqueuses, et j'ai, avec une insistance qui a peut-être semblé puérile à beaucoup, indiqué comme premier temps de l'opération le *placement de la digue*, moins pour me garder de la salive elle-même que du suintement cervical de la gencive, plus aqueux et plus fluide, et quelquefois si abondant. C'est là une particularité qui ne serait pas de mise au laboratoire, et c'est là sans doute la raison pour laquelle ce détail ne figure pas à titre de condition nécessaire, dans le procédé de M. Choquet.

Ensuite, mon but étant clinique, et clinique aussi mon expérience, ayant rapidement remarqué que la déshydratation était douloureuse, j'ai conseillé de faire tiédir légèrement l'alcool avant de l'appliquer sur la dentine. C'est là encore un détail superflu au laboratoire, mais dont, en clinique, on a mainte occasion d'apprécier les petits services.

Je crois donc pouvoir, sans exagération et sans injustice, émettre cette idée que le procédé à l'aide duquel M. Choquet fait agir ses antiseptiques sur la dentine n'est pas, même en tant qu'application, un procédé absolument original. Ce n'est que l'utilisation d'une méthode générale déjà connue et déjà appliquée, dans la même région, à une indication de même nature.

Contre l'antériorité, qu'il cite, de M. J.-L. Williams, M. Choquet élève cette objection, à laquelle il attribue une valeur primordiale, que dans la pensée de l'auteur anglais les manœuvres ne s'adressaient qu'à la dentine *ramollie*, alors que lui-même agit sur la dentine *saine*. Tout d'abord je n'aperçois pas bien par quel moyen on limiterait l'action de la déshydratation à la dentine superficielle altérée, et comment on l'empêcherait d'atteindre les couches profondes saines. Ensuite, je ne sais pas si une divergence dans la façon de concevoir le mécanisme d'un procédé suffit à le dédoubler en deux procédés distincts. Mais je veux bien admettre la valeur différentielle que M. Choquet suppose à son objection et je le prie seulement de reporter le mérite qu'il lui accorde, soit à moi-même, soit à quelqu'un qui m'aurait précédé.

« C'est sur la dentine *saine*, avais-je spécifié, que le menthol (l'agent médicamenteux) agit, et il suffit de se le rappeler pour comprendre facilement que moins sa pénétration sera parfaite, moins ses effets seront marqués. » Quelques lignes plus haut j'avais déclaré que c'était « après avoir excisé tout ce qu'il était possible d'exciser de la dentine ramollie » qu'il devenait le plus souvent utile d'avoir recours au procédé que je recommandais et enfin j'avais expressément signalé que dans les cas où une sensibilité persistante de la dentine altérée ne permettait pas d'en pratiquer l'excision complète, il fallait la sillonner de stries longitudinales afin de permettre à la déshydratation *essentielle* (le mot est souligné) de faire parvenir le médicament sur le tissu *sain*.

Sur un sujet aussi délicat, je tiens essentiellement à ne sembler dire que ce que je veux dire en effet.

Je ne veux donc pas prêter à l'équivoque, et je ne prétends en aucune façon avoir traité, dans le travail que je cite, de *désinfection,* ni de *stérilisation* dentinaire. Je rappelle seulement que j'ai employé un mode de *déshydratation* qui me paraît susceptible d'être considéré comme une méthode générale de thérapeutique dentinaire et je constate que c'est, avec une variante que je ne méconnais pas, cette méthode que M. Choquet a appliquée à la désinfection de la dentine, après que je l'avais déjà employée pour son analgésie.

Ma constatation ainsi bien limitée et précisée, je me plais cependant à citer encore ce passage de mon travail, qui montrera que ma manière de faire était raisonnée et consciente, même au point de vue antiseptique, auquel M. Choquet devait quelque temps plus tard s'attacher plus exclusivement : « Même abstraction faite de ses qualités analgésiantes, l'emploi du menthol ne peut être qu'excellent dans la carie du deuxième degré avancé. Ce médicament constitue en effet un des *meilleurs antiseptiques volatils non toxiques* : c'est, ne l'oublions pas, l'antiseptique de choix pour les fosses nasales. Et *les conditions de siccité absolue dans lesquelles je recommande de l'employer assurent mécaniquement sa pénétration dans les canalicules de l'ivoire.* »

Me voici maintenant arrivé à la partie de cette note, de beaucoup la plus agréable à formuler, et voici la proposition que je tiens par-dessus tout à établir :

Dans l'étude à laquelle je me suis reporté au cours de ces lignes je n'ai pas élevé une seule prétention d'innovation à propos du procédé de déshydratation que je venais de décrire et qui, pour avoir été exposé par moi d'une façon simple et concise, n'en était pas moins établi dans ses motifs, dans ses moyens et dans son but. D'originalité, je n'en demandais — et encore avec quelle prudence et quelles réserves [1] — que pour l'emploi du menthol. Mais on cherche-

---

1. Réserves bien justifiées d'ailleurs, car mon excellent confrère le Dr Guillot, de Lyon, a bien voulu me signaler qu'il avait antérieurement rencontré dans un journal étranger un emploi analogue du menthol. Malheureusement il ne

rait en vain dans mes douze pages un seul mot par lequel je tente de m'approprier l'usage de la déshydratation préalable.

Je n'agissais ainsi, ni par modestie, ni par inconscience, mais uniquement parce qu'à cette époque je savais déjà que la déshydratation par l'alcool était une méthode banale en odontologie opératoire. Pour l'avoir systématiquement appliquée, et même pour avoir, chemin faisant, indiqué un *procédé de laboratoire* pour vérifier la valeur de l'alcool absolu, je ne croyais pas, et je ne crois pas encore, avoir rien appris de nouveau à mes collègues.

Aussi la méprise serait grande de ceux qui me considéreraient comme venant demander ici sur quelqu'un la *priorité* du procédé. Plus, au contraire, on pourra citer sur ce sujet de noms antérieurs au mien, plus on fortifiera ma thèse. Je suis venu seulement établir mon *antériorité* vis-à-vis de M. Choquet, et je m'empresse de conclure, de la démonstration que je viens d'en faire, que cette antériorité ne m'appartient nullement en propre. Je considère seulement mon travail comme une preuve que, avant la communication retentissante de M. Choquet, les odontologistes savaient déjà pourquoi et comment déshydrater la dentine.

En terminant, ce m'est une stricte et nécessaire impartialité de reconnaître et de proclamer hautement que je considère, par contre, M. Choquet comme le premier qui nous ait apporté la preuve scientifique et expérimentale qu'il était utile de faire de la valeur — et, sans doute aussi, des dangers — de la méthode. Accessoirement il a appris à ceux d'entre nous qui l'ignoraient peut-être qu'en traitant les caries, selon l'usage si répandu et si ancien, par l'alcool et l'essence de girofle, ils faisaient du laboratoire sans le savoir. J'estime que c'est pour tous les odontologistes, et plus impérieusement pour ceux qui se sont antérieurement occupés de la même question, un devoir, auquel on peut uniquement regretter d'avoir dû apporter une réserve, de lui offrir, pour cela, leurs remercîments et leurs éloges.

---

put me donner d'indications plus précises, et il m'est encore, pour mon regret, impossible de dire à qui revient le mérite de la première idée.

# ADRESSES UTILES

**La ligne : 20 francs par an,**
**Lignes en sus : 10 fr. la ligne.** } **dans 24 numéros.**

---

**C. Ash et fils** (*Fourn. gén.*) 22, rue du Quatre-Septembre, PARIS. **TÉLÉPHONE 294.47.**

**Dr Bengué** (*Anestile*), 47, rue Blanche, PARIS.

**Billard, L. Lemaire, sr** (*Fourn. gén.*), 4, pass. Choiseul, PARIS. **TÉLÉPHONE 264,30.**

**J. Fanguet, Georges Clotte, succr** (*Impressions en tous genres*), 28, rue d'Enghien, PARIS.

**Comptoir international** (*Fourn. gén.*), 15, avenue Fonsny, BRUXELLES.

**Contenau et Godart fils** (*Fourn. gén.*), 7, r. du Bouloi, PARIS. **TÉLÉPHONE 214-53.**

**Cornelsen** (*Fourn. gén.*), 16, rue St-Marc. **TÉLÉPHONE 218.69.**

**A. Debraux**, profr (*Cert. d'Et. exigé des dentistes*), 17, faub. Montmartre, PARIS.

**Vve Jules Friese** (*Fournitures générales*), 3, rue de Londres, PARIS.

**Alfred Joliot** (*Fourn. gén.*), à la Cloche, 193, rue St-Martin. **TÉLÉPHONE 271.51.**

**Colin Logan fils** (*Fourn. gén.*), 113, rue Réaumur, PARIS. **TÉLÉPHONE 288.79.**

**L. Mairlot** (*Fourn. génér.*), 24, pl. Sainte-Gudule, BRUXELLES. **TÉLÉPHONE 1429.**

**Mamelzer et fils** (*Manufacture dentaire*), 40, rue Croix-des-Petits-Champs, PARIS.

**Al. Maylaënder** (*Reliures en tous genres*), 67, rue Daguerre, PARIS.

**A. Mellottée**, imprimeur de *L'Odontologie* à CHATEAUROUX.

**P. Périé fils** (*Fournitures générales*), 7, place Lafayette, TOULOUSE.

**B. Platschick** (*Prothèse à façon*), 3, rue Ventadour, PARIS. **TÉLÉPHONE 222.82.**

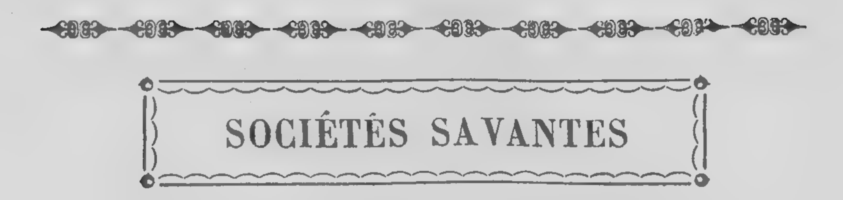
**Reymond frères** (*Fournitures générales.*)
- 22, rue Le Peletier, PARIS.
- 44, place de la République, LYON.
- 69, rue de la Croix-de-fer, BRUXELLES.
- 3, rue Petitot, GENÈVE.

**Victor Simon et Cie** (*Four. gén.*), 54, rue Lamartine, PARIS. **TÉLÉPHONE 269-45.**

***Société Française de Fournitures Dentaires.*** { 58 bis, Chaussée-d'Antin, Paris — **TÉLÉPHONE 214-47.** — 45, r. de la République, Lyon. } *Grande exposition*, au dépôt de PARIS, de toutes les *Nouveautés dans l'outillage* de MM. les Dentistes.

**Syndicat Français** (*Recouvrements d'honoraires*), 131, boul. Sébastopol, PARIS.

**Vve J. Wirth** (*Manufacture dentaire*), 222-224, avenue Philippe-Auguste, PARIS.




## SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

*Séance du 19 novembre 1901.*

Nous avons publié dans le numéro du 15 décembre 1901, p. 632, dans le compte rendu de la Société d'odontologie un certain nombre d'observations relevées avec le somnoforme. Celles qui suivent sont destinées à les compléter.

Femme de 28 ans, n'ayant pas fait antérieurement de maladie et n'offrant aucun signe de tare organique.

Dose d'anesthésique : 4 cent. $^3$. Durée de l'application 45 secondes. Durée du sommeil 1 minute.

Extraction de deux racines, dont une de dent de sagesse inférieure. Pas de pâleur de la face, pas d'excitation, ni de contracture. Réveil rapide et parfait. Sensation de douleur dans les jambes pendant quelques instants. Deux minutes après le réveil, toute trace de la narcose a disparu.

Femme de 23 ans, n'ayant pas eu de maladie organique ou infectieuse antérieure, mais présentant des signes non équivoques d'hystérie. Sa patronne, qui l'accompagne, a été deux fois témoin de crises nerveuses avec mouvements désordonnés, contractures, cris et pleurs. Impossibilité absolue de lui faire accepter l'ouvre-bouche.

*1re Application* : 5 cent. $^3$. Durée de l'application 35 secondes. Durée du sommeil : 40 secondes. Contracture invincible, il est impossible de passer l'ouvre-bouche. Pendant la courte période de stupeur qui suit le réveil la patiente ouvre la bouche, le bâillon est glissé et le masque est réappliqué immédiatement pendant 30 secondes avec 4 cent. $^3$, le sommeil dure 30 secondes, l'extraction d'une dent est pratiquée pendant ce temps. Au réveil la contracture des masséters persiste, ainsi que la stupeur et ce n'est qu'une minute plus tard que la patiente lâche le bâillon. Deux minutes après l'opération, toute sensation anormale a disparu.

*Femme de 28 ans*, qui a été endormie dans la séance précédente et a dû garder le lit dans l'après-midi consécutive. L'opération avait été pénible et difficile. Une racine a été laissée.

Durée de l'application 40 secondes ; quantité 4 cent. $^3$ ; sommeil pendant 1 min. 50 secondes.

Réveil parfait, dissipation immédiate de tout malaise ; on note seulement la sensation de jambes douloureuses pendant quelques instants.

*Femme* de *38 ans*,qui a l'air beaucoup plus âgée qu'elle ne l'est réellement et présente une teinte jaune paille des téguments qui fait immédiatement penser à la possibilité d'un néoplasme. Cuisinière, et par cela même soupçonnée d'éthylisme, qu'elle nie absolument, mais que prouve la marche de la narcose, elle est interrogée d'abord au point de vue de l'estomac : pas de troubles digestifs, pas de vomissements, pas de douleurs, pas de melœna. Au contraire,du côté de l'appareil génital, la patiente avoue des pertes fréquentes depuis quelque temps, avec mauvaise odeur de date récente ; de plus elle a remarqué que depuis peu de temps elle a sensiblement maigri.

Application de 7 cent. $^3$, pendant 1 m. 30. Un peu d'excitation, cris, puis gémissements, contracture palpébrale. Au moment où le masque est enlevé, la patiente stupéfaite, probablement inconsciente, mais pas endormie, veut s'échapper du fauteuil. On réapplique le masque pendant 20 secondes avec 2 cent. $^3$ nouveaux, pendant 20 secondes. Lorsqu'on enlève le masque la même scène se renouvelle. Le masque est réappliqué pendant 45 secondes. On opère, la patiente étant en contracture. Au réveil quelques efforts de vomissement. En moins de 3 minutes retour complet à l'état normal : seulement pendant quelques instants sensation pénible et douloureuse dans les jambes.

*Femme* de *29 ans*, excellente santé. On donne 7 cent. $^3$ pendant 1 m. 25 secondes, parce que la malade ne s'endort pas. Quand on enlève le masque, elle se débat et veut se lever, tout en ne semblant pas absolument consciente. On réapplique le masque 10 secondes, et l'on obtient un sommeil de 10 secondes. Le masque est réappliqué pendant 40 secondes. La patiente ne dort pas et cependant l'opération (ablation de 2 dents par un élève pas très prompt) est faite avec une analgésie absolue. Retour brusque à l'état normal avec longue crise de rires. Quelques minutes plus tard la même malade se soumet de nouveau à l'anesthésie. Une minute 30 secondes plus tard, aucune anesthésie n'existe, elle est prise d'une crise de rire. Une minute plus tard elle ne dort pas encore. Le masque est réappliqué pendant 1 m. 20 sec. ; durant les derniers instants de l'application, la patiente présente un nystagmus très net. Le sommeil est cette fois obtenu et dure 30 secondes. Réveil sans malaise.

Quelques instants plus tard toute sensation anormale dissipée, la malade est interrogée sur la cause de son rire : elle déclare qu'ayant notion de sa situation du moment elle l'avait ainsi traduite : elle s'était figurée être assise à la terrasse d'un café, délacée comme elle l'était en effet, et entourée de nombreux hommes qui se permettaient quelques libertés. En effet, à cause de la longue application du masque l'opération avait, à deux ou trois reprises, chatouillé la région thoracique inférieure, pour provoquer de fortes inspirations : il était intéressant de noter cette conservation de la perception,coïncidant avec l'altération de l'imagination représentative.

Un fait important à noter est que ces deux dernières anesthésies, qui ont été si différentes de toutes les autres, ont été faites, avec les dernières portions du liquide contenu dans le flacon qui semblent, par

leurs effets, différer notablement de composition d'avec les premières portions employées, ce qui pourrait s'expliquer peut-être par la tension différente des vapeurs des composants, et par suite, par leur issue consécutive et non complètement simultanée hors du flacon qui les contient.

Dr MAHÉ.

---

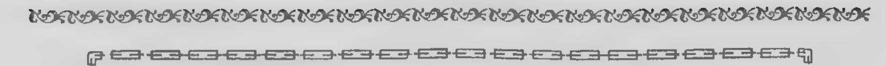
## SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

*Séance du 25 janvier 1902.*

Présidence de M. PICQUÉ.

M. Coudray présente un malade atteint de *mastoïdite invétérée avec persistance d'un trajet cavitaire*, qu'il a oblitéré par l'os calciné. Ce malade, âgé de 18 ans en 1899, présentait alors une mastoïdite suppurée et fistuleuse, datant de la première enfance. Deux opérations, faites dans la dernière période du traitement, avaient été infructueuses. La suppuration tarit à la longue après de nombreuses pulvérisations iodoformées et formolées. Mais il persistait un long et large trajet fistuleux, en communication avec le conduit auditif externe. M. Coudray a comblé cette cavité il y a six mois, à l'aide de *poudre d'os calciné de porc*, délayée dans quelques gouttes de chlorure d'éthyle. Cette pâte fut poussée dans le trajet et tassée avec un stylet. Le chlorure d'éthyle s'évaporant presque immédiatement, la pâte se solidifia à peu près ; mais elle n'était pas très ferme. Le premier mélange avait consisté en poudre d'os, iodoforme et salol. M. Coudray enleva plus tard la portion superficielle, trop friable, et la remplaça par de la *poudre d'os*, mélangée à une faible quantité de résorcine. Cette nouvelle composition est d'une extrême dureté, presque pierreuse, et l'on peut se rendre compte que les téguments y adhèrent. L'auteur a obtenu le même résultat dans une autre circonstance. Le trajet avait été avivé et cruenté au préalable. Si le résultat satisfaisant persiste, le dernier acte sera une petite autoplastie.

M. Edmond Widal lit son rapport sur la question suivante, destinée à être discutée avec le concours de la *Société d'Hydrologie médicale* invitée pour la circonstance : « Des méthodes d'application du traitement sulfureux, principalement chez les syphilitiques, dans les stations thermales de France. » Après quelques échanges de vues, il est décidé que cette question sera traitée à fond dans la séance du 8 février.



# REVUE ANALYTIQUE

## *PATHOLOGIE*

**Dr P. Robin**, ***La crépitation dentaire, nouveau signe clinique de l'ostéo-périostite alvéolo-dentaire phlegmoneuse.*** (*Revue de Stomatologie*, nov. 1901, p. 508.)

En pinçant la dent, cause de la lésion, entre le pouce et l'index, et, en l'enfonçant lentement dans l'alvéole, pour éviter une douleur trop vive, si on la fait osciller latéralement avec de légers mouvements de rotation sur l'axe, il est possible de percevoir le contact de deux surfaces osseuses dénudées qui frottent l'une contre l'autre. Ce signe, qui peut être plus subjectif qu'objectif, peut être utile quand deux dents voisines l'une de l'autre présentent des lésions de même degré, n'offrant ni l'une ni l'autre aucun signe précis permettant de distinguer celle qui est la cause de l'accident inflammatoire aigu.

G. M.

## *THÉRAPEUTIQUE*

**Crouzel**, ***Moyen d'augmenter la solubilité de l'acide borique.*** (*Bull. de thérapeutique*, novembre 1901.)

Avec la craie préparée l'auteur élève dans l'eau le point de saturation de l'acide borique. A + 15° on peut obtenir une solution à 10 o/o.

Ch. Ch.

## *STOMATOLOGIE*

**Dr Chompret** et **B. de Névrezé**, ***Lymphangiectasie de la bouche et formation fibro-cornée d'origine infectieuse.*** (*Revue de Stomatologie*, décembre 1901, p. 558.)

Le sujet est une jeune femme de 26 ans, ayant des antécédents de bacillose héréditaire et personnelle, et possédant un système dentaire fort défectueux, lequel lui a valu un érysipèle grave. A la suite de cette maladie, les lèvres s'œdematièrent et se couvrirent de nombreuses vésicules, d'abord isolées, puis ayant une tendance à la conglomération. La plupart sont miliaires et présentent un aspect perlé à contenu transparent. Le liquide qu'elles contiennent est limpide et alcalin ; quelques-unes offrent une coloration rougeâtre due à la rupture dans leur cavité de petits capillaires sanguins. Sur ces éléments sont greffées des productions fibro-cornées représentant de petits cônes de 3 à 4 millimètres de hauteur. Ce qui est remarquable, c'est que ces dernières lésions ne sont apparues que sous l'influence du traitement mercuriel, la malade ayant entre temps acquis une syphilis bénigne, elles avaient

d'ailleurs une marche envahissante. L'examen bio-histologique de ces productions a démontré qu'elles étaient formées : au centre d'un stroma fibrineux emprisonnant des leucocytes polynucléaires et des lymphocytes ; à la périphérie de nombreuses colonies microbiennes strepto et surtout staphylocoques ; à l'extérieur, d'un mycélium de muguet avec quelques spores. La pathogénie, dans l'état actuel de la science, semble être celle-ci : sous l'influence de la streptococie aucune lésion de l'épithélium lymphatique et production de l'angiectasie. Beaucoup plus tard, sous l'influence du mercure, mortification des globules blancs avec mise en liberté de fibrine-ferment et précipation de fibrine et mise de la bouche en état de moindre résistance.

**Dr Chompret** et **B. de Névrezé**, ***Leucoplasie buccale aiguë syphilitique.*** (*Revue de Stomatologie*, nov. 1901. p. 494.)

Les auteurs rapportent l'observation très détaillée et très discutée d'une lésion qu'ils ont eu l'occasion d'observer dans le service de M. Danlos, à Saint-Louis. Il s'agit d'un homme qui, au cours d'une syphilis secondaire particulièrement grave, présenta une véritable stomatite, caractérisée par des îlots blanc-bleuâtre, transparents et laissant deviner la coloration violacée de la couche sous-jacente. Les lèvres, les commissures, la muqueuse jugale sont particulièrement touchées, ainsi que les gencives au niveau de certaines dents qui sont comme cerclées par le tissu néoformé. Quand on la regarde de champ, on constate que toute la *surface* de la langue, formée par l'extrémité des papilles est comme transparente. Peu de chose sur le palais, rien sur les amygdales, ni les piliers. Aucun signe fonctionnel.

Les auteurs se rallient, par exclusion, au diagnostic de leucoplasie aiguë syphilitique et le développement consécutif d'une infection dans les dilatations vésiculeuses des lymphatiques. Cette affection depuis 8 ans a résisté à tous les traitements ; cependant la mise en état de la bouche, l'ablation des racines et le nettoyage des dents ont déjà amené une amélioration considérable.

A la connaissance des auteurs ce cas est le troisième seulement qui soit publié. G. M.

**Dr Rugd**, ***Emploi du diapason pour le diagnostic des affections du sinus.*** (*Zahntechnische Reform.*)

Quand l'antre est vide et clair, le son perçu de chaque côté et à chaque fois est perçu avec la même intensité. Si l'un des sinus contient de la sérosité, le son n'est plus perçu aussi clairement de ce côté, tandis qu'il est net et pur du côté où l'antre est vide.

**Dr Martinez**, ***Corps étranger dans le canal de Wharton.***

L'auteur rapporte l'observation d'une jeune fille qui éprouvait depuis fort longtemps lors des mouvements masticatoires de la gêne et des douleurs au niveau de la glande sous-maxillaire.

A ce niveau la peau était rouge ; la région légèrement tuméfiée. La pression sur l'ostium béant du canal laissait écouler une sérosité blanchâtre.

Après de plus fortes pressions apparut un corps pointu qui, saisi et extrait, fut reconnu pour un fragment de cure-dents d'une longueur de 2 centimètres, recouvert de concrétions calcaires.

La malade, qui ne se souvenait aucunement du moment où le corps étranger avait pénétré, fut guérie en quelques jours.

## *DENTISTERIE OPÉRATOIRE*

**Dr Taggard**, ***Gutta rose pour la fixation des couronnes et du bridge-work.***

La gutta sert de coussin élastique entre la couronne et la racine ; elle permet mieux que le ciment de prendre toutes les précautions nécessaires, et de travailler moins vite ; elle offre en outre l'avantage d'enlever en quelques minutes les couronnes et les Bridge.

**Dr Palmer**, ***Tampons de celluloïde.***

Ce praticien de Chicago, emploie comme obturation dans les dents antérieures des tampons de celluloïde se rapprochant assez de la forme naturelle des dents. Il les fixe au moyen d'un ciment composé de celluloïde en poudre et d'un dissolvant.

Il indique encore un second *modus agendi*. On porte dans la cavité du ciment encore à l'état mou et l'on termine l'obturation avec de la poudre de celluloïde en quantité nécessaire, comme on a coutume de faire lors de l'obturation des cavités par la méthode mixte ciment et amalgame.

**Dr Müller**, ***Emploi du séparateur.***

Ce praticien d'Agram, recommande, lors de la préparation de cavités sensibles, l'emploi d'un séparateur (et il recommande celui d'Iwry) servant ordinairement pour la séparation extemporanée de dents serrées. Selon cet auteur il y aurait alors une certaine traction et une pression exercées sur les filets nerveux et l'on pourrait observer que la dentine, auparavant hypersensible, a perdu de son acuité douloureuse, surtout si au cours de l'opération on continue de temps en temps à donner un léger coup à la vis.

## *INSTRUMENTATION ET PILES*

**Dr Port**, ***Emploi des rayons X.***

Le Dr Port, professeur à l'Université de Heidelberg dans le *Wiener Zahnärztliche Monatsschrift*, montre ce que l'on peut tirer de l'emploi des rayons Röntgen pour le diagnostic de certaines affections dentaires et para-dentaires.

Il le recommande en particulier pour une affection du système dentaire très fréquente et parfois si difficilement curable : la pyorrhée. La radiographie permet de reconnaître si la résorption des procès alvéolaires est plus ou moins grande et de faire le diagnostic de la forme

sèche de l'affection. Son rapport est accompagné de nombreuses photographies extrêmement intéressantes.

H. M.

## *INTÉRÊTS PROFESSIONNELS*

**Dr Chompret,** ***Projet de laboratoire central de prothèse dans les hôpitaux de Paris*** [1]. (*Revue de Stomatologie*, nov. 1901, p. 485.)

Dans le régime actuel les services dentaires hospitaliers ne rendent pas à la classe ouvrière tous les services qu'ils devraient. De plus les dentistes des hôpitaux venant d'acquérir le *droit* de délivrer des certificats de stage ont acquis en même temps le *devoir* de donner un enseignement complet. Ce sont ces considérations qui incitent l'auteur à proposer la refonte du service prothétique.

Il calcule qu'à l'heure présente l'Assistance publique répartit entre ces 31 services dentaires hospitaliers une somme d'environ 10 000 francs pour appareils de prothèse, ce qui représente à peine une moyenne de 4 à 5 appareils par service. Avec la même somme l'auteur croit qu'on pourrait alimenter un laboratoire *central* lequel, en réservant 3 000 francs par an comme appointements d'un mécanicien de profession, pourrait fournir 400 appareils, pour 7 000 francs, soit quatre fois plus qu'à l'heure actuelle. En plus de la somme de 10 000 francs allouée par l'Assistance publique il faudrait encore compter sur la subvention des bureaux de bienfaisance et sur la rétribution partielle des malades demi-nécessiteux.

Le laboratoire serait installé dans un hôpital central, placé sous la haute direction d'un dentiste des hôpitaux qui serait libre de choisir et de remercier sans aucun contrôle le mécanicien appointé. Le service serait assuré par celui-ci assisté des étudiants stagiaires. Les empreintes seraient adressées à ce laboratoire des divers hôpitaux parisiens avec les desiderata du chef de service. Les étudiants ayant participé à la confection de l'appareil assisteraient ensuite à son ajustage et à sa pose.

G. M.

---

1. Tout en publiant très impartialement cette analyse, nous croyons devoir dès à présent formuler des réserves sur ce projet de création que rien ne justifie. Nous nous proposons d'ailleurs de traiter prochainement cette question.

N. D. L. R.




## NOMENCLATURE ANATOMO-DENTAIRE INTERNATIONALE

### AVEC SYMBOLES A EMPLOYER DANS LES FORMULES

Par Faneuil D. Weisse,
Professeur d'anatomie au Collège dentaire de New-York.

La chimie a gagné beaucoup à l'emploi des symboles des éléments chimiques dont on se sert pour exprimer, à l'aide de formules, la composition des corps et les changements qualifiatifs produits par l'affinité. Les symboles sont aujourd'hui l'alphabet international et les formules sont le langage international de la chimie. Les étudiants en chimie de toutes nationalités apprennent facilement à s'exprimer par des formules à l'exclusion des mots.

La nomenclature anatomo-dentaire préconisée ici comprend sept termes généraux, cinq termes spéciaux et quatre termes qualificatifs, avec les noms des dents temporaires et permanentes, des symboles pour les termes, des lettres désignatives pour les symboles et des chiffres désignatifs de symbole pour les noms des dents. Les termes et les noms sont latins de façon à avoir une signification internationale.

### *Termes généraux.*

| Noms des parties de la dent. | Symboles. |
|---|---|
| Corona | C |
| Cervix | Cv |
| Radix | R |
| Apex | A |
| Pulpa | P |
| Cavitas pulpa | Cp |
| Canalis | Cn |

### *Termes spéciaux.*

| Noms des surfaces de la *i*dent *n situ.* | Symboles. |
|---|---|
| Opponens, surface en opposition | O |
| Exterior, surface extérieure de l'arcade | E |
| Interior, surface intérieure de l'arcade | I |
| Internus, surface de l'arcade vers la ligne médiane | In |
| Externus, surface de l'arcade à partir de la ligne méoiane. | Ex |

*Termes qualificalifs.*

(A) Désignant le côté de la ligne médiane où la dent est située.

| | |
|---|---|
| Dexter | D |
| Sinister | S |

(B) Désignant l'arcade dans laquelle une dent est située.

| | |
|---|---|
| Inferior | If |
| Superior | Sp |

(C) Noms des dents temporaires et permanentes de chaque côté de la ligne médiane dans les deux arcades.

(*a*) Dents temporaires.

| | |
|---|---|
| Incisor centralis | a |
| Incisor lateralis | b |
| Cuspidatus | c |
| Molaris primus | d |
| Molaris secundus | e |

(*b*) Dents permanentes.

| | |
|---|---|
| Incisor centralis | 1 |
| Incisor lateralis | 2 |
| Cuspidatus | 3 |
| Bicuspidatus primus | 4 |
| Bicuspidatus secundus | 5 |
| Molaris primus | 6 |
| Molaris secundus | 7 |
| Molaris tertius | 8 |

Une formule de quatre symboles — trois des symboles ci-dessus et une des lettres ou un des nombres désignatifs de symbole — indique un état pathologique, une cavité ou une obturation simples sur la couronne d'une dent et donne la position et le nom de celle-ci ; l'adjonction d'un symbole ou de plusieurs donne une formule pour un état pathologique, une cavité ou une obturation compliqués.

Un argument en faveur de cette nomenclature, c'est que l'étudiant par son étude de l'anatomie est préparé à en comprendre les termes appliqués aux dents.

Les symboles ci-dessus en formules sont applicables à la pathologie dentaire, à la dentisterie opératoire, à la mécanique opératoire, à la dentisterie prothétique, à la mécanique prothétique et à l'anatomie dentaire.

C'est comme anatomiste que je présente ce travail.

S'il répond, à un besoin pressant des professeurs et des étudiants de toutes nationalités, celui de simplifier et d'unifier la nomenclature dentaire et d'employer les symboles comme alphabet international et les formules comme langue internationale de la nomenclature dentaire, il aura rempli son but.

## Application pratique des formules a la pathologie dentaire et a la dentisterie opératoire.

Les états pathologiques, les cavités et les obturations sont *simples*, c'est-à-dire intéressent une surface, ou *compliqués*, c'est-à-dire intéressent deux ou plusieurs surfaces.

*Tableau I. — Formules indiquant un état pathologique, une cavité ou une obturation simple.*

*a*) Arcade supérieure.

| | | |
|---|---|---|
| O S Sp ou O D Sp | (a, b, c, d, ou e) ou | (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 ou 8). |
| E S Sp ou E D Sp | *id.* | *id.* |
| I S Sp ou I D Sp | *id.* | *id.* |
| In S Sp ou In S Sp | *id.* | *id.* |
| Ex S Sp ou Ex S Sp | *id.* | *id.* |

*b*) Arcade inférieure.

| | | |
|---|---|---|
| O S If ou O D If | (a, b, c, d, ou e) ou | (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 ou 8). |
| E S If ou E D If | *id.* | *id.* |
| I S If ou I D If | *id.* | *id.* |
| In S If ou In D If | *id.* | *id.* |
| Ex S If ou Ex' D If | *id.* | *id.* |

Les formules de ce tableau doivent être lues ainsi : O, E, I, In ou Ex indiquent la surface atteinte de la dent. D ou S indiquent le siège de la ligne médiane où est située la dent ; Sp ou If indiquent l'arcade dans laquelle est située la dent ; une des lettres désignatives du symbole (a, b, c, d, e) spécifie la dent temporaire, et un des chiffres désignatifs du symbole (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8) la dent permanente intéressée.

*Tableau II. — Formules indiquant un état pathologique, une cavité, ou une obturation portant sur deux surfaces, avec complication.*

*a*) Arcade supérieure.

| | | |
|---|---|---|
| E O S Sp ou E O D Sp | (a, b, c, d, e) ou | (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8). |
| I O S Sp ou I O D Sp | *id.* | *id.* |
| In O S Sp ou In O D Sp | *id.* | *id.* |
| Ex O S Sp ou Ex O D Sp | *id.* | *id.* |

| | | |
|---|---|---|
| E In S Sp ou E In D Sp | *id.* | *id.* |
| E Ex S Sp ou E Ex D Sp | *id.* | *id.* |
| I In S Sp ou I In D Sp | *id.* | *id.* |
| I Ex S Sp ou I Ex D Sp | *id.* | *id.* |

*b*) Arcade inférieure.

| | | |
|---|---|---|
| E O S If ou E O D If | (a, b, c, d, e) ou | (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8). |
| I O S If ou I O D If | *id.* | *id.* |
| In O S If ou In O D If | *id.* | *id.* |
| Ex O S If ou Ex O D If | *id.* | *id.* |
| E In S If ou E In D If | *id.* | *id.* |
| E Ex S If ou E Ex D If | *id.* | *id.* |
| I In S If ou I In D If | *id.* | *id.* |
| I Ex S If ou I Ex D If | *id.* | *id.* |

Les formules de ce tableau doivent être lues ainsi : E O, I O, In O, Ex O, E In, E Ex, I In, ou I Ex indiquent les surfaces atteintes de la dent; D ou S, Sp ou If (a, b, c, d ou e) et (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 ou 8) doivent être lus comme cela a été dit pour les formules du tableau I.

*Tableau III. — Formules indiquant un état pathologique, une cavité, une obturation portant sur trois surfaces, avec complication.*

*a*) Arcade supérieure.

| | | |
|---|---|---|
| E In O S Sp ou E In O D Sp | (a, b, c, d, e) ou | (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8) |
| E Ex O S Sp ou E Ex O D Sp | *id.* | *id.* |
| I In O S Sp ou I In O D Sp | *id.* | *id.* |
| I Ex O S Sp ou I Ex O D Sp | *id.* | *id.* |
| E O I S Sp ou E O I D Sp | *id.* | *id.* |
| In O Ex S Sp ou In O Ex D Sp | *id.* | *id.* |
| E In I S Sp ou E In I D Sp | *id.* | *id.* |
| E Ex I S Sp ou E Ex I D Sp | *id.* | *id.* |

*b*) Arcade inférieure.

| | | |
|---|---|---|
| E In O S If ou E In O D If | (a, b, c, d, e) ou | (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8). |
| E Ex O S If ou E Ex O D If | *id.* | *id.* |
| I In O S If ou I In O D If | *id.* | *id.* |
| I Ex O S If ou I Ex O D If | *id.* | *id.* |
| E O I S If ou E O I D If | *id.* | *id.* |
| In O Ex S If ou In O Ex D If | *id.* | *id.* |
| E Ex I S If ou E Ex I D If | *id.* | *id.* |

Les formules de ce tableau doivent être lues ainsi : E In O, E Ex O, I In O, I Ex O, E O I, In O Ex, E In I, ou E Ex I indiquent les

surfaces atteintes de la dent ; D ou S, Sp ou If (a, b, c, d, e) et (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8) doivent être lus comme cela a été dit pour les formules du tableau I.

A moins de spécification différente, une formule se réfère au C d'une dent. L'addition à l'une des formules ci-dessus, sauf celles désignant une surface O, d'un des deux symboles Cv ou R indique l'état pathologique, la cavité ou l'obturation au collet, ou à la racine de la dent respectivement, par exemple : E S Sp 2 Cv ; In D If 5 Cv ; E In D Sp 3 R ; I Ex S If 6 R, etc.

## DEMANDES ET OFFRES

**PRIX** d'une CASE, dans 3 numéros........................ **8** francs.
**payable d'avance.** (Pour les Abonnés de *L'Odontologie*. **5** » ).

*L'Administration de* L'Odontologie *est à la disposition des vendeurs ou acheteurs pour transmettre aux intéressés les lettres adressées aux initiales indiquées, mais il est bien entendu que son rôle se borne à cette transmission.*

---

1 *Par suite de maladie grave*, ***CABINET*** d'un rapport, garanti par acte, de 13.500 fr. à ***REMETTRE*** dans *charmante ville du Midi* de 25.000 habitants ; prix à débattre. — Ecrire par poste aux initiales E. M., aux soins de M. Papot. (76-$^{7}$)

---

2 **UNE PERSONNE** disposant de 2 heures le soir, et *ayant appartenu pendant plusieurs années* au service de la **correspondance**, à *l'Ecole dentaire de Paris*, désirerait **emploi similaire.** Ecrire par poste à R. S. au Journal. (85-$^{7}$)

---

3 *A céder de suite*, pour *cause de santé*, dans un des beaux quartiers de Lyon, **CABINET DENTAIRE** fondé depuis 7 ans et ayant une *très belle clientèle*. — S'adresser à M. Steininger, 21, Cours Morand, à Lyon. (89-$^{6}$)

---

4 **On désire** reprendre au **COMPTANT**, à *Paris*, un **CABINET DENTAIRE** de 100 à 200.000 francs. Ecrire à M. le D$^{r}$ Magdelaine, 6 rue de Laborde, à Paris. (96-$^{4}$)

---

5 **AFFAIRE EXCEPTIONNELLE.** — A céder dans *ville du Midi*, après **fortune faite**, un Cabinet dentaire fondé depuis 35 ans, le plus ancien de la ville ; chiffres d'affaires *10.000 fr. garantis*. Le vendeur restera un an avec l'acquéreur. — Pour renseignements, s'adresser à MM. Reymond frères, 44, place de la République, Lyon. (97-$^{4}$)

---

6 *BON OPÉRATEUR*, 40 ans, présentant très bien, exerçant depuis 12 ans dans grande ville de province, *connaissant la prothèse*, demande situation à ***PARIS***. Pourrait au besoin fournir meubles et instruments pour installation dans cabinet qui lui sera confié. Ecrire par poste aux initiales A. B. 89, aux soins de M. Papot, 45, rue de la Tour-d'Auvergne. (98-$^{4}$)

---

7 **BAIL A CÉDER** pour *cause de départ à l'étranger* à dentiste diplômé ou sans diplôme. Grand appartement, ascenseur, calorifère, salle de bains, toutes les pièces donnent sur rue. Loyer 2730 fr., pourrait être réduit à 2.500 (mobilier et instruments tout neufs à vendre). F. W., faubourg Poissonnière, 112. (99-$^{4}$)

---

8 **A CÉDER** dans grande ville **très bon Cabinet.** — Affaires : 50.000 francs. — *Frais minimes.* — **Clientèle riche.** Ecrire à M. Lavigne, 29, galerie du Baromètre, à Paris. (100-$^{4}$)

---

9 *Un Docteur en médecine, **LUXUEUSEMENT INSTALLÉ*** dans le *Centre de Paris*, désire s'adjoindre un ***CABINET DE DENTISTE***. Ecrire *par poste*, au D$^{r}$ L. B., aux soins de « L'Odontologie », 45, rue de La Tour-d'Auvergne, Paris. (1-$^{3}$)

---

10 URGENT, on demande un **OPÉRATEUR-MÉCANICIEN** pour gérer un cabinet en province. Ecrire par poste, à M. R. D. (2-$^{3}$)

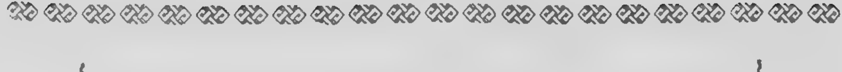
---

11 Jeune D. D. S. et D. F. M. P. désire **ACHETER BELLE CLIENTÈLE** à Paris ; entrerait comme **associé** ou **opérateur** pendant quelque temps. Ecrire par poste, n° 1114 aux bons soins de M. Papot. (3-$^{3}$)

---

12 *Un élève de l'Ecole Dentaire, **BON MÉCANICIEN***, désire une place pour *l'après-midi* seulement. Ecrire *par poste* aux initiales C. C. C. aux soins de M. Papot, 45, rue de La Tour-d'Auvergne. (4-$^{3}$)

*(Voir la suite page 136)*



# JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE

*L'Odontologie fait traiter ici par son collaborateur spécial les questions de jurisprudence que ses lecteurs désirent faire élucider.*

## DES ORDONNANCES DES CHIRURGIENS-DENTISTES ET DES DENTISTES PATENTÉS.

Nous avons dessein en cette étude d'examiner une question que la jurisprudence ne paraît pas avoir encore nettement résolue, — celle des *ordonnances* qui peuvent être prescrites en matière dentaire.

Sous l'empire de l'ancienne législation, cette question n'aurait pas même pu se poser.

Un arrêt du *Parlement de Paris* du 23 juillet 1748 enjoignait aux *apothicaires* de ne délivrer des médicaments et des drogues composées que sur ordonnances signées d'un docteur en médecine, sous peine de 500 livres d'amende. Et comme alors l'exercice de la profession dentaire n'était soumis à aucune réglementation, le dentiste ne pouvait naturellement prescrire aucun remède que le pharmacien fût tenu d'exécuter et de délivrer (V. *Dalloz, Répert.*, v° *Médecine*, n^os^ 105 et 178).

Cet arrêt, il est vrai, n'était applicable qu'à *Paris* ; mais la *loi sur la police de la pharmacie du 21 germinal an XI*, dont l'article 32 reproduisait les mêmes injonctions, en étendit l'effet à toute la *France*. Seulement, comme elle avait négligé de fixer une sanction, on pouvait se demander si de ce silence ne résultait pas une abrogation de l'arrêt de 1748, et *l'ordonnance du 8 août* 1816 sur le nouveau *Codex* n'était pas faite pour dissiper l'obscurité.

La jurisprudence sembla pourtant, au cours du temps, ne pas trop hésiter et considérer comme pourvue de sanction la loi de l'an XI (V. *Cass.*, 7 février 1851, 24 mars 1859, 8 février 1867, etc.).

Puis, apparurent successivement la *loi du 10 juillet* 1845 et le *décret du 29 octobre* 1846 sur la vente des substances vénéneuses, qui servirent en quelque sorte de base au droit de prescrire une *ordonnance*. Mais comme, en ces temps, l'exercice de la profession dentaire n'était toujours pas réglementé, les dentistes ne figuraient naturellement point sur la liste de ceux à qui ce droit était conféré (V. *Brouardel, l'Exercice de la médecine et le charlatanisme*, p. 37).

*La loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine*, en assimilant jusqu'à un certain point les dentistes aux médecins (tout en réservant pour un projet encore sur le chantier ce qui avait trait à la pharmacie), a-t-elle changé cet état de choses ?

Suivant *M. Brouardel*, le silence gardé par la loi nouvelle sur le droit qu'aurait le dentiste de faire des ordonnances impliquerait que « la question est restée dans le vague ». Mais sa conviction n'en est pas moins faite. « On demande maintenant ajoute-t-il, au chirurgien-dentiste des garanties suffisantes pour lui permettre d'ordonner ce qu'il juge susceptible d'être utile à son client en ce qui concerne les soins des dents, des gencives et de la bouche. » Et il réserve la solution de la question qu'il n'a fait que poser à l'époque indéterminée, mais certainement lointaine encore, où pourra venir en discussion le projet sommeillant de la loi projetée sur l'exercice de la pharmacie.

*MM. Roger et Godon*, dans leur *Code du chirurgien-dendiste* (p. 167), semblent aboutir aux mêmes conclusions.

Suivant eux, la liberté professionnelle dont jouissait le dentiste avant 1892 ne lui permettait pas, en présence de l'article 32 de la *loi du 21 germinal an XI*, de formuler une ordonnance, — le législateur ayant subordonné la délivrance de médicaments à la présentation préalable au pharmacien d'une prescription revêtue d'une signature médicale.

Le silence ainsi gardé sur la question des *ordonnances* par la loi de 1892 n'implique-t-il pas la preuve qu'on a précisément voulu réserver au projet sur la pharmacie, déjà en partie voté, l'aplanissement de la difficulté ?

Et, en effet, personne ne paraît douter de l'heureuse solution du problème. *M. Crinon*, reproduisant dans le *Répertoire de pharmacie*, l'art. 13 du projet de loi primitif sur la pharmacie (V. *L'Odontologie*, 1896, p. 31), interdisant au pharmacien de délivrer aucun médicament au public sans l'ordonnance d'un médecin ou d'une personne « ayant le droit de signer une ordonnance », ajoutait (et cette appréciation, venant d'une telle source, est précieuse à retenir): « Nous qui avons personnellement assisté à la genèse de cet article 13, nous savons pertinemment que les auteurs de cette disposition ont eu l'intention de *viser les dentistes.* »

Depuis lors, l'article 10 du projet de loi sur l'exercice de la pharmacie votée le 5 juillet 1900 par la *Chambre des députés*, reproduisant presque mot pour mot l'article 13, n'a fait que confirmer cette manière de voir (V. *L'Odontol.* 1900, II, 306, n° 135 de la *Tribune ouverte*) : « Les pharmaciens ne peuvent (y lisons-nous) délivrer au public, sans l'ordonnace d'un médecin, d'une sage-femme, d'un *chirurgien-dentiste* ou vétérinaire diplômé : 1° les substances simples toxi-

ques; 2° les médicaments composés, doués de propriétés vénéneuses, qui sont nominalement désignés dans le *décret du 8 juillet* 1850 ou qui le seront dans le règlement d'administration publique prévu à l'article 25 de la présente loi ou dans les décrets ultérieurs ; 3° les médicaments simples et composés, dont une liste spéciale sera dressée par la *commission du* CODEX. »

Et les dentistes eux-mêmes ne semblent pas éloignés d'avoir partagé le même sentiment, puisque, sur la proposition de *M. Stévenin*, le *troisième congrès dentaire national de* 1897 émettait le *vœu* (neuvième vœu) que la loi sur la pharmacie comprît « les chrurgiens-dentistes parmi les personnes habiles à prescrire des ordonnances ».

Eh bien ! de tels vœux étaient-ils véritablement nécessaires ?

Nous estimons, pour notre part, que la question est délicate sans doute, mais que la loi du 30 novembre 1892 permet de la trancher sans attendre la loi nouvelle sur la pharmacie, c'est-à-dire sans nous renvoyer aux *calendes grecques.*

Au fond, comme le fait judicieusement observer le *Code du chirurgien-dentiste*, le problème à résoudre est double :

1° A l'heure actuelle, le dentiste est-il en droit de faire une ordonnance ?

2° Cette ordonnance faite, le pharmacien a-t-il le devoir de l'exécuter ?

Autrement dit, si le dentiste a, dès aujourd'hui, le droit de formuler, l'exercice de ce droit peut-il être paralysé par la résistance du pharmacien ?

Sur le premier point, le doute ne paraît guère permis, et nous ne saurions partager les timides hésitations de *M. le professeur Brouardel.*

Qui veut la fin, veut les moyens. Depuis la loi de 1892, le traitement des affections buccales est du domaine du dentiste. Le diplôme spécial dont la loi nouvelle l'a pourvu, les études particulières qu'elle exige préalablement à sa délivrance, les conditions qu'elle impose à l'exercice de la profession, l'assimilation partielle que l'article 2 semble faire entre le dentiste et le docteur en médecine, tout cela n'aboutit-il pas logiquement à la consécration du droit pour le dentiste de prescrire les ordonnances nécessaires au traitement de la clientèle ?

Et comment pratiquer l'anesthésie, s'il n'est pas possible, du même coup, de se procurer les produits indispensables à l'opération ? L'article 32 ne serait donc qu'un leurre ! C'est invraisemblable !

D'ailleurs, l'exercice de la profession implique si naturellement le droit de prescrire des médicaments, que, lorsqu'on a voulu en impo-

ser l'interdiction aux sages-femmes, on a estimé qu'il fallait le dire expressément dans la loi nouvelle. De là, le § 2 de l'article 4, qui n'excepte de la prohibition que le cas prévu par le *décret du 23 juin 1873* et par les décrets qui pourraient être rendus sans les mêmes conditions, après avis de l'*Académie de médecine* (délivrance du *seigle ergoté)*.

Est-ce que cette interdiction a été imposée au dentiste, et n'y a-t-il pas là une preuve décisive que le dentiste et la sage-femme ne sont point à cet égard soumis au même régime ?

Lisez, au surplus, l'article 11 § 7. Que dit-il ? « L'action des médecins, chirurgiens, *chirurgiens-dentistes*, sages-femmes et pharmaciens, pour leurs visites, opérations et *médicaments*, se prescrit par deux ans. »

Pourquoi parler de médicaments à propos des dentistes, s'ils n'ont pas le droit d'en prescrire ?

On peut donc hardiment conclure que la loi de 1892 a reconnu au dentiste le droit de faire, sous sa responsabilité, les prescriptions que comporte l'exercice rationnel de sa profession. C'est une conséquence légitime et logique des obligations coûteuses qu'entraînent pour lui les exigences de la loi nouvelle, et, pour parler comme *MM. Roger et Godon*, « de la nécessité de suivre un enseignement qui présente ses difficultés ».

A quoi bon, en vérité, cet enseignement obligatoire, ces longues années d'études imposées, si ce n'est précisément parce que le législateur entendait désormais appeler éventuellement le dentiste à soigner certaines affections spéciales, à pratiquer l'anesthésie, soit générale, soit locale?

Ne fallait-il pas, en même temps, qu'il eût la faculté de rédiger des ordonnances, à ses risques et périls, — du moment qu'elles rentraient dans le cadre du traitement que la loi l'autorise dorénavant à prescrire à ses malades ?

Si telle n'est pas la faculté réservée par la loi de 1892 au dentiste, il faudra, quand on trouvera sa signature au bas d'une ordonnance, le poursuivre pour exercice illégal de la médecine, et je défie bien qu'on aille jusque-là, et qu'il se trouve des juges pour condamner en telle occurrence.

Le droit de formuler ne paraît donc pas douteux.

Seulement, on peut se demander (comme il a été fait dans *L'Odontologie*, sous le même n° 135 de la *Tribune ouverte*) s'il n'y a pas lieu de distinguer entre les *dentistes diplômés* et les *dentistes patentés*.

Certains esprits ont pensé que ces derniers n'étaient que tolérés dans certaines conditions par la loi de 1892, et qu'ils pourraient, à l'occasion, être passibles des peines de l'exercice illégal.

Ce n'est pas là notre sentiment. Les dentistes qui, transitoirement

ont obtenu, de par l'article 32, le droit d'exercer, sont placés sur le même pied que leurs collègues, chirurgiens-dentistes. La seule défense qui leur soit faite dans le § 2 de cet article, à l'instar de celle qui atteint les sages-femmes dans l'article 4, est celle relative à la pratique de l'anesthésie. Elle ne leur est permise qu'avec l'assistance d'un docteur ou d'un officier de santé. Mais, pour tout le reste, il y a complète égalité de traitement entre les deux catégories de professionnels de l'art dentaire. Ils ont, comme a dit quelque part M. *Ed. Papot*, le droit d'exercer cet art « avec toutes les conséquences légales qu'entraîne l'exercice de ce droit ».

Seulement, il est clair qu'ils ne pourront se faire délivrer par un pharmacien les produits nécessaires à l'anesthésie qu'avec le même concours et la même assistance imposés par l'article 32 de la loi.

Mais de ce que les dentistes et chirurgiens-dentistes puisent dans la loi même de leur institution le pouvoir de formuler, faut-il conclure qu'ils ont actuellement aussi le moyen légal d'exercer ce droit, et qu'ils trouveront dans notre arsenal législatif des armes qui puissent au besoin briser les résistances qui leur seront fatalement opposées ?

C'est ce que nous voulons rechercher d'un mot.

Quels arguments invoquera donc le pharmacien pour se refuser à l'exécution d'une ordonnance qu'aura signée le dentiste ?

« La *loi du 21 germinal an XI*, dira-t-il, m'oblige à ne délivrer de médicaments que sur la signature d'un docteur, et je suis soumis par la loi de 1845 et le décret de 1846 aux mêmes impérieuses nécessités en ce qui concerne la vente des substances vénéneuses. Lacune regrettable assurément, que la loi nouvelle en préparation va se charger de combler, anomalie désolante, soit ! mais c'est la loi.

« Irai-je m'exposer, comme certaine onfrère, à une condamnation, pour avoir exécuté l'ordonnance d'un individu non muni de diplôme (*Trib. corr. Seine*, 14 juin 1895) ? Non certes, et j'ai, pour sauvegarder ma propre responsabilité, le droit, quand je la considère comme dangereuse, de ne pas exécuter une ordonnance (*Trib. Seine*, 20 juillet 1881). »

Cette argumentation est-elle irrésistible ? Nous ne saurions nous résoudre à le croire !

Dans des observations très judicieuses présentées dans *L'Odontologie* (*V*. 1885, p. 726), *M. Stévenin* constate qu'à tout instant le dentiste se trouve dans l'obligation de prescrire et d'appliquer des médicaments ; que la pratique dentaire légalement autorisée exige, par exemple, l'emploi constant d'acide arsénieux, de morphine, d'antiseptiques (sublimé, acide phénique, acide thymique) ou d'anesthésiques (cocaïne, chloroforme), etc..., et il conclut, avec raison, que, puisque la loi de 1892 a donné le droit de soigner, il a bien fallu qu'elle

donnât en même temps le moyen d'appliquer la thérapeutique, « qui implique la faculté de formuler ».

Mais il s'arrête en bon chemin et il admet que, lorsque le pharmacien exécute la prescription du dentiste, c'est de sa part pure tolérance !

Nous ne croyons pas être bien téméraire ni trop hardi en allant plus loin.

S'il est vrai que la loi impose au pharmacien la nécessité d'une signature médicale au bas des ordonnances qu'il lui faut exécuter, on peut dire que le chirurgien-dentiste est devenu médecin en vertu de la loi de 1892.

La chose est, à défaut du mot, et, si nous avions l'honneur d'être dentiste et qu'un apothicaire se refusât à délivrer sur notre signature un médicament, peut-être d'une urgence extrême, nous l'attaquerions sans répit, et la loi de 1892 en main, en responsabilité et en réparation du préjudice causé, sans attendre la venue d'une loi qui dormira sans doute encore du sommeil poudreux des cartons législatifs, tandis que nous serons, nous, atteints par ce sommeil dont on ne sort plus !

Du moment que les sages-femmes peuvent prescrire et administrer des médicaments, il n'y a pas de motif sérieux pour qu'un dentiste ne le puisse faire de son côté.

Un simple décret, du Ministre du Commerce, le *décret du 23 juin 1873*, a suffi pour autoriser, avant la loi de 1892, les pharmaciens à vendre du *seigle ergoté*, inscrit au nombre des substances vénéneuses, sur la prescription d'une sage-femme diplômée, et c'est dans les mêmes conditions que, par *décret du 9 juillet 1880*, le Ministre de l'Intérieur a permis à leur égard la délivrance du *sublimé corrosif*.

Si donc la législation en vigueur, applicable aux pharmaciens, faisait (ce dont nous doutons), obstacle à la délivrance aux dentistes des médicaments par eux légalement ordonnés, il suffirait que les groupements dentaires, par une action commune, sollicitassent des Ministres compétents des mesures semblables à celles dont ont bénéficié les sages-femmes, et qui, en leur donnant la satisfaction qui leur est légitimement due, satisferaient, en même temps que les professionnels de la dentisterie, la clientèle de jour en jour plus nombreuse qui leur fait à bon droit confiance.

FERNAND WORMS,
Avocat à la Cour d'appel.

---

### Un référé particulièrement curieux.

Un référé pour arriver à faire cesser des maux de dents !

Dernièrement M. et Mme X .. se sont fait faire l'opération de la prothèse dentaire. Mais les appareils posés dans leurs bouches sont, à les en croire, extrêmement défectueux et rendent plus aigus leurs maux de dents. Que faire ? Procéder sur-le-champ à l'enlèvement des appareils et recourir à un autre traitement. L'idée paraît simple. Elle n'a qu'un défaut, c'est de n'être juridiquement pas pratique pour M. et Mme X..., qui se proposent de demander à leur dentiste des dommages-intérêts sérieux à raison du préjudice que celui-ci leur a occasionné. En effet, pour le gain même de leur procès futur, il est indispensable de ne modifier *en aucune façon* l'état de leurs bouches avant qu'un expert, commis par la justice, ait procédé à un examen. Autrement, comment estimerait-on le dommage causé ?

M. et Mme X..., conservant scrupuleusement leurs maux de dents, ont donc, hier — le cas était urgent — introduit un référé pour faire nommer un expert dentiste.

Voici un attendu de leur requête :

... Attendu que les demandeurs ne peuvent plus longtemps rester dans cette situation ; qu'ils souffrent et ont besoin d'être soulagés d'abord et guéris ensuite ; qu'il importe donc, dans l'intérêt même de leur santé, que le traitement commencé soit rectifié d'urgence et continué selon les règles de l'art.

Faisant droit à la demande de M. et Mme X..., le juge des référés a désigné hier M. Levadour pour vérifier les appareils posés, constater, s'il y a lieu, les malfaçons de ces appareils et apprécier le dommage causé.

Aussitôt l'expertise terminée, les deux époux seront enfin en droit de penser à se faire soigner...

(*Le Français.*)

# DEMANDES ET OFFRES

**PRIX** d'une CASE, dans 3 numéros........................ **8** francs.
**payable d'avance.** (Pour les Abonnés de *L'Odontologie*. **5** » ).

*L'Administration de* L'Odontologie *est à la disposition des vendeurs ou acheteurs pour transmettre aux intéressés les lettres adressées aux initiales indiquées, mais il est bien entendu que son rôle se borne à cette transmission.*

---

13 **A CÉDER,** *pour cause de santé,* **cabinet dentaire** situé quartier de la *Madeleine*, ayant fait fr. 15.000 dans sa 1$^{re}$ année, **grand avenir.** — *Conditions avantageuses.* Ecrire L. M. D., bureau 118, rue d'Amsterdam, Paris. (5-[2])

---

14 **A VENDRE,** *pour cause de santé,* **cabinet dentaire** situe à quelques minutes de *Paris* (10 minutes par la gare du Nord). — Recettes moyennes 11.000 à 12.000 fr.; peu de frais de représentation; 1.100 fr. de loyer; *prothèse bien payée.* — Prix net 8.000 francs dont 5000 comptant. — *Affaire exceptionnelle.* — S'adresser à M. Mamelzer, 40, rue Croix-des-Petits-Champs, à Paris. (6-[2])

---

15 *Pour cause de santé,* à remettre, au prix de 5.000 francs comptant, un *CABINET DENTAIRE* rapportant au minimum 8.000 francs et susceptible d'une grande augmentation. — Ecrire *par poste* aux initiales A. B. D., aux soins de M. Papot, 45, rue de La Tour-d'Auvergne. (7-[2])

---

16 **Un dentiste** de **BARCELONE** demande un **aide habile** pour l'*atelier* et le *cabinet;* il désire qu'il soit bien au courant du traitement des caries et des aurifications. — S'adresser chez Messieurs Victor Simon et C$^{ie}$ 54, rue Lamartine, Paris. (8-[2])

---

17 **MÉCANICIEN BELGE,** au courant des **pièces en or,** cherche place à *Paris* ou *province.* — Ecrire à E. Victor, rue Schul, 11, à Anvers (Belgique). (9-[2])

---

18 *On demande* un ***BON MÉCANICIEN*** connaissant à fond le *caoutchouc* et *l'or*, et qui n'aura à faire ni Bridge-Work ni Couronne. — Ecrire *par poste* aux initiales J. B. M., aux soins de M. Papot, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, à Paris. (10-[2])

---

19 TRÈS PRESSÉ à céder de suite, cause de départ, TRÈS BONNE CLIENTÈLE dans grande ville du nord, 125.000 habitants, ne comptant que 7 dentistes, faisant 13 à 14.000 fr. d'affaires GARANTIS (les affaires progressent chaque année), bien situé; 650 fr. loyer, 150 fr. contr.; à vendre **4.000 fr.** 10 0/0 au comptant. (Accepterai offre sérieuse). — Ecrire *par poste* à G. R. R. aux bons soins de M. Papot, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, Paris. (11-[2])

---

20 A **REMETTRE DE SUITE** dans *ville de l'ouest* 19.000 habitants, **excellent cabinet**. Affaires prouvées 22-25.000 fr. *Clientèle aristocratique et riche bourgeoisie*, médecins, institutions et communautés, etc. *Susceptible d'augmentation.* Prix demandé 25.000 fr. dont 15.000 fr. comptant, le reste à termes. Il ne sera répondu qu'aux offres sérieuses. — Ecrire *par poste :* H. G. N. aux soins de M. Papot, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, Paris. (12-[2])

---

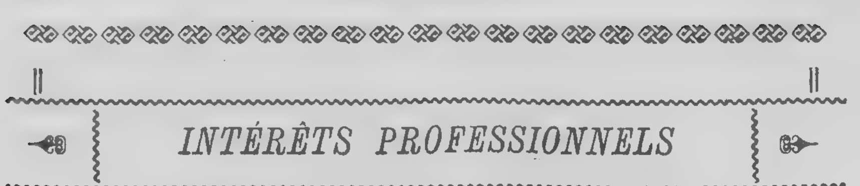
21 **Dentiste belge,** *diplômé*, marié, cherche place de **gérant** dans dépôt ou emploi analogue, conviendrait à *fournisseur voulant monter dépôt en* **Belgique**. Ecrire à M. J. B., 6, rue de la Tribune, 6, Bruxelles. **PRESSÉ**. (13-[1])

---

22 **Un diplômé** de l'*Ecole* et de la *Faculté* désire un emploi **d'opérateur** ou **opérateur-mécanicien**, prendrait l'après-midi seulement au besoin. Ecrire par poste à G. B. A. aux soins du journal. (14-[1])

---

23 *Dentiste diplômé* (*Belgique*), 30 ans. ***BON OPÉRATEUR***, *connaissant la prothèse*, ayant dirigé plusieurs années bon cabinet en province. *Excellentes références*, cherche ***situation*** dans cabinet à ***Bruxelles***. Ecrire *par poste* (» 25.) D. F., 30, aux soins de M. Papot. (15-[1])




## CONFÉRENCES ET VISITES SCOLAIRES

Les chirurgiens-dentistes de la province semblent entrer dans la phase militante. L'œuvre collective commencée par nous porte ses fruits et la bonne parole est répandue dans le grand public par nos diplômés. Après MM. Schwartz, Raphaël Vidal, Foulon, etc., voici l'un de nos plus distingués confrères M. A. Fayoux, de Niort, qui a commencé dans cette ville une série de conférences sur l'hygiène buccale. Dans la première il a développé, devant un auditoire nombreux et choisi, les notions élémentaires indispensables sur le rôle des dents par rapport à l'économie générale.

Après quelques considérations sur l'hygiène alimentaire, il a longuement insisté sur la nécessité de soigner les dents temporaires. Les raisons à l'appui de ses prescriptions ont été données dans le langage simple, clair, précis qui convient au public non encore initié et qui rend assimilable des notions scientifiques parfois ardues.

M. A. Fayoux, très eclectique, après avoir abondamment puisé dans sa longue expérience les plus précieux conseils, a fait connaître à l'auditoire les travaux et les prescriptious du Dr Röse, de Munich, que nous avons publiés dans *L'Odontologie*. Le succès obtenu par notre confrère a été enregistré par la presse locale. Nous lui adressons, avec nos encouragements, nos sincères félicitations, qui s'adressent non seulement au praticien très estimé, mais aussi à l'honnête homme qui depuis vingt ans n'a cessé de mettre son expérience au service des déshérités de la fortune. Rappelons que M. A. Fayoux a reçu récemment les palmes académiques en récompense des soins qu'il donne gratuitement depuis de nombreuses années aux élèves des écoles primaires de Niort.

---

## CRÉATION D'UN SERVICE DENTAIRE MUNICIPAL

### DANS LES ÉTABLISSEMENTS SCOLAIRES ET DANS TOUS CEUX OU L'ÉTAT ASSURE LE SERVICE MÉDICAL

*(Rapport à la municipalité et au Conseil municipal du Mans)*

Par M. MONNIN.

Permettez-moi de soumettre à votre bienveillante attention les observations ci-après en ce qui concerne les soins de la bouche et des dents, soins dont l'utilité est généralement méconnue et qui sont

inobservés par la plus grande partie de la population, beaucoup de gens même parmi les plus instruits ne les prenant qu'avec négligence.

Une telle indifférence est d'autant plus regrettable que l'hygiène de la bouche, si nécessaire à la conservation des dents, a, au point de vue de la santé générale, un intérêt considérable.

L'éducation intellectuelle et physique est, de nos jours, dans les écoles, l'objet des soins les plus vigilants, mais il n'a rien été fait jusqu'à ce jour pour conserver les dents des enfants et apprendre à ceux-ci les soins journaliers dont elles ont besoin.

Qui oserait nier cependant, l'importance d'une bonne hygiène dentaire comme sauvegarde de ses dents et de sa santé en général ? Cette science évidemment salutaire n'a pour chacun de nous qu'un défaut : elle gêne souvent nos intentions ou nos entreprises, mais elle n'en possède pas moins la confiance de tout le monde. L'utilité de l'hygiène dentaire est si loin d'être méconnue, que, faute d'avoir appris la vraie, tout le monde est disposé à s'en composer une de toutes pièces, et elles ne sont pas les moins en vogue ces *hygiènes de fantaisie ou d'inspiration* ! Aussi l'obstacle à surmonter n'est-il pas ici la défiance, mais la crédulité du public, et le but à atteindre consiste moins à faire accepter l'enseignement sanitaire *qu'à lutter contre une foule d'erreurs accréditées sous ce titre, en substituant les notions bienfaisantes de l'hygiène scientifique aux commérages aussi dangereux que ridicules de l'ignorance.*

L'éducation hygiénique dentaire des individus n'est donc point à instituer, mais à refaire. *Elle s'est établie par l'instinct et non par l'esprit, en entrant dans les habitudes sans émaner de la raison.*

Dans ces conditions un enseignement de l'hygiène dentaire scientifique à tous ces hygiénistes improvisés est en droit de compter sur un bon accueil. En tout cas il a sa raison d'être. « *Il faut faire par l'instruction ce qu'on n'a pu faire par les mœurs.* »

Quels seraient les meilleurs moyens pour arriver à éclairer le public, pour permettre au dentiste de surprendre les premières manifestations de la maladie, l'enrayer par un moyen d'autant plus simple qu'il est appliqué plus tôt, non seulement pour arrêter le mal, mais pour le prévenir en corrigeant certaines dispositions défectueuses ou en prescrivant des soins particuliers ?

Il ne s'agit bien entendu que de la classe pauvre, laborieuse, car le service dentaire que je vous demande de créer aura un but humanitaire, celui de soulager les pauvres qui, n'ayant pas un salaire suffisant pour s'adresser à un spécialiste instruit, recourent à des gens sans expérience, sans diplôme, sans aucun respect de leur profession, proclamant souvent leur science et leur savoir sur toutes les places publiques ou à la 4e page des journaux.

La visite dentaire dans les établissements scolaires aurait lieu pour

les enfants de toutes les classes de la société; là le rôle du dentiste se bornerait à indiquer le mal aux parents, ces derniers *resteraient libres* de faire donner ou ne pas donner les soins nécessaires, tout en s'adressant à un praticien quelconque de leur convenance.

Au Congrès international dentaire de 1900, le Dr Mora, de Paris, traitant « de l'utilité des conférences d'hygiène dentaire et d'inspections dentaires dans les établissements d'instruction publique », préconisait *l'hygiène préventive à observer à l'école qui devient trop souvent un foyer de dissémination des maladies contagieuses.*

Faut-il rappeler les vœux émis sur l'hygiène dentaire au Congrès dentaire international de Paris en 1900, qui réunissait 1250 congressistes[1] ?

Le service dentaire dans les écoles, ainsi que je l'ai dit précédemment, serait fait par des dentistes *qui auraient à indiquer les soins et non à les donner.*

Les services dentaires n'existent dans les hôpitaux que pour les extractions, car l'Etat, à l'heure actuelle, ne conçoit les soins à donner aux indigents que sous forme d'extraction ; il y aurait lieu cependant de faire bénéficier le pauvre des autres soins ; mais je crois les traitements des dents malades peu applicables à la classe pauvre, car ils sont longs, demandent une grande perte de temps et souvent ces malades réclament l'extraction le plus tôt possible de la dent qui les fait souffrir.

Une fois que les enfants seront habitués à des soins rationnels des dents, ils ne les négligeront plus et éviteront ainsi bien des malaises et plus d'une infirmité en conservant leur bouche à l'état sain.

L'état sanitaire des dents s'améliorera, en général, de beaucoup chez les adultes si le mal menaçant est écarté à temps, c'est-à-dire pendant les années de développement physique.

Quiconque a le mérite d'avoircontribué à la santé populaire, au bien-être du peuple a fait son devoir, car la santé publique est le fondement sur lequel reposent le bonheur du peuple et la puissance de l'Etat.

J'ai cru du mien de vous signaler le mal afin que vous puissiez y apporter le remède. Un service dentaire placé sous votre autorité et votre protection est de toute utilité dans la ville du Mans.

Je pense que vous pourrez compter pour l'organiser, sur le concours des dentistes.

La dépense à faire pour les instruments et meubles à acheter ne dépasserait pas 700 francs.

La visite dentaire dans les Etablissements scolaires aurait lieu, chaque année, à la rentrée des classes (au mois d'octobre), aux jours et heures indiqués comme les plus favorables par les directeurs. Il est impossible de passer la visite pendant la nuit.

Le directeur tiendrait un état nominatif de tous les élèves, y ins-

1. Voir les vœux nos 5, 17, 18, 19, 20, 21, 22.

crivant, ou faisant inscrire les observations du chirurgien-dentiste.

La visite dentaire de chaque école serait payée 10 francs.

Pour la clinique dentaire municipale il serait désigné un local où la visite aurait lieu trois jours par semaine, les lundi, mercredi et samedi de 11 h. 1/2 à 1 heure (Heure la plus facile pour les ouvriers).

Un garçon de salle serait attaché à la clinique pour donner le rince-bouche, nettoyer les verres et les instruments pendant les opérations, maintenir la salle dans un état de propreté parfaite avant et après chaque visite.

Tous les indigents porteurs de leur livret d'indigence auraient droit à toutes les opérations chirurgicales gratuites.

En plus, tous les employés, les travailleurs, dont le salaire annuel ne dépasse pas 2.000 francs auraient droit, gratuitement, à toutes les consultations. Ils pourraient ainsi se renseigner sur les soins qui leur sont nécessaires et éviter les pièges tendus par les charlatans.

Le prix de chaque visite à la clinique dentaire municipale serait fixé à 10 francs pour le chirurgien-dentiste.

Un registre mentionnerait le nom et l'adresse de chaque malade opéré et chaque consultation et ce registre serait contrôlé par la municipalité qui pourrait ainsi signaler au besoin le riche qui viendrait prendre la place du pauvre.

Chaque année, une conférence publique, faite par un chirurgien-dentiste, ou par un docteur en médecine désigné par la municipalité, aurait lieu dans la salle de théâtre. Cette conférence serait organisée par les soins et sous le patronage de la municipalité.

---

Dans sa séance du 4 octobre 1901, le Conseil municipal du Mans, après avoir entendu le rapport de la commission des objets divers, a décidé :

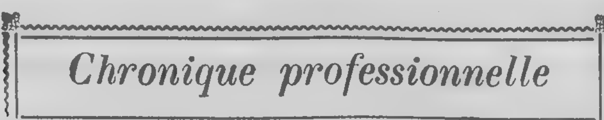
1° Qu'une visite dentaire aurait lieu deux fois par an dans toutes les écoles communales de la ville du Mans ;

2° Que cette visite serait faite *par tous les médecins-dentistes diplômés de l'Etat qui voudraient bien accepter de le faire* ;

3° Que la consultation serait gratuite pour la ville et pour les parents des enfants, mais que ceux-ci auraient à leur charge l'exécution de l'ordonnance ou du traitement indiqué par le dentiste consultant.

4° Que l'administration du bureau de bienfaisance déciderait dans quelles limites et dans quelles conditions la gratuité du traitement dentaire pourrait être accordée aux enfants pauvres dont les familles sont assistées par le bureau de bienfaisance[1].

1. Dans une lettre adressée au maire du Mans, MM. Monnin et Bouvry, chirurgiens-dentistes de la Faculté de médecine et de l'Ecole dentaire de Paris, informent la municipalité qu'ils acceptent de visiter gratuitement les établissements scolaires municipaux.



# Chronique professionnelle

*Sous cette rubrique* L'Odontologie *se tient à la disposition de ses lecteurs pour leur permettre de publier en toute indépendance leurs appréciations sur les questions de politique professionnelle. Toutefois le* Comité de rédaction *se réserve le droit de supprimer toute expression ou toute appréciation de nature à provoquer des polémiques personnelles.*

## CHRONIQUE

Dans la quantité des faits qui concourent à la marche progressive de l'humanité il n'en est de si petit qui ne porte son enseignement et ne sollicite l'attention du penseur.

Un de ces multiples petits faits est constitué par le brillant épanouissement de l'enseignement odontologique dans les pays de race européenne, et par les pensées de solidarité universelle que l'étude attentive des besoins professionnels a fait naître et qui se traduisent par ces réunions internationales où s'agitent les plus hautes questions de pédagogie et de déontologie.

A un point de vue très général, ces Congrès internationaux forment les fils très tenus qui, par leur réunion, composent la trame du tissu qui, avec le temps, emprisonnera peu à peu les haines nationales et supprimera la hideuse guerre en faisant pénétrer de plus en plus les nationalités les unes dans les autres de telle façon qu'à un moment donné, un conflit armé entre deux nations sera considéré à l'égal d'une guerre civile.

Quand ce résultat serait le seul, ces assises internationales professionnelles seraient à encourager ; mais tout se tient dans le progrès général, qui n'est fait que de multiples progrès particuliers, comme un tissu n'est fait que de la réunion d'innombrables brins de fils. Au point de vue plus étroit du progrès professionnel le plus grand bien peut être obtenu de ces réunions, car ce n'est pas seulement l'égoïsme de chacun supprimé dans une nation, mais l'égoïsme de chacun supprimé dans l'univers entier, chacun contribuant au bien de tous et tous au bien de chacun.

C'est le règne de l'altruisme éclairé, succédant à celui de l'égoïsme ignorant et empirique.

C'est un grand et noble mouvement qui entraîne la presque totalité des membres de notre profession dans tous les pays du monde à cette étreinte confraternelle, à cette union de tous dont le résultat est l'augmentation du savoir et de la dignité de chacun.

Pour nous autres dentistes français, c'est une grande joie de voir que c'est dans notre pays que les bases de cette union ont été posées et que ce sont des nôtres qui, nouveaux apôtres d'une nouvelle foi, portent partout la bonne parole et, parmi les meilleurs de chaque nation, se trouvent à la tête de cette sorte de syndicat mondial des intérêts scientifiques et professionnels de l'odontologie.

Ils seraient bien excusables, ceux-là, dont les noms sont sur toutes les lèvres, et surtout le premier d'entre eux, de ressentir un légitime orgueil, lorsque, se retournant pour voir la route parcourue, ils peuvent en voyant le chemin fait et en se remémorant les difficultés vaincues, se reporter à ce qu'ils étaient à leur début, et quels faibles moyens ils possédaient pour arriver au résultat obtenu.

Il y a plus de vingt ans déjà qu'ils groupèrent leurs énergies pour rénover la profession. Certes, le but à atteindre, était bien informe dans les brumes de l'avenir, leur ambition était modeste, mais enfin la semence était répandue, le grain écartant ses cotylédons avait pris racine; mais on eût bien étonné ceux qui l'avaient semé, si alors on leur eût dit quel magnifique arbre à la forte ramure sortirait de cette modeste graine !

Le Dr Godon a retracé, dans sa thèse inaugurale, l'histoire détaillée de la lutte pour la vie qu'eut à soutenir la modeste plante contre les intempéries et le mauvais vouloir des jardiniers universitaires qui la prenaient pour une intruse. Mais, malgré tout, l'arbre a grandi, il force l'admiration du plus grand nombre et l'envie de quelques-uns, ennemis des hautes cimes.

Le Cercle des dentistes de Paris, gemmule de cette plante, d'abord simple réunion amicale de quelques opérateurs et mécaniciens, auxquels se joignirent quelques jeunes dentistes établis, devint rapidement une puissante association qui engendra toute cette floraison d'écoles et d'associations professionnelles diverses qui transformèrent de fond en comble notre profession, donnant aux dentistes l'instruction scientifique qui leur faisait trop souvent défaut et la considération qui en découle. Le pays même est devenu trop petit et c'est par le monde que ces fruits de l'association première jettent leurs semences à tous et sèment pour l'avenir.

On peut dire de l'homme en général ce qu'Esope disait de la langue — qu'il est tout à la fois ce qu'il y a de meilleur et de pire. Les hommes, suivant qu'ils sont menés, vont au bien ou au mal avec le même entrain ; mais, malgré tout, la somme de bien l'emporte, et les semeurs d'idées généreuses ont le dessus, leur dynamisme intellectuel est la force qui donne le branle à toutes les énergies cachées, latentes, qui ne demandaient qu'une petite impulsion pour entrer en jeu.

Dans la transformation de la profession de dentiste, cette poussée

initiale fut donnée par le véritable fondateur de l'école dentaire de Paris, le Dr Godon, dont la tenacité sut venir à bout de toutes les difficultés ; il est vrai que les dévouements ne lui manquèrent pas, il fut entouré d'une vaillante phalange qui, grâce aux premiers succès se transforma en véritable armée, car non seulement, les timides et les indécis se rallièrent, mais encore beaucoup voulurent alors apporter à l'édifice la pierre qu'ils n'auraient pas manqué de lancer sur les constructeurs en cas d'insuccès.

Comme beaucoup de dentistes de province je n'ai pris qu'une très petite part à toutes ces luttes, ayant été presque toujours éloigné de Paris ; aussi est-ce en simple et impartial témoin de tous ces efforts que je veux apporter mes vœux à cette association internationale des chirurgiens-dentistes et donner un bravo ému à mes vieux camarades pour avoir si bien su diriger la fondation d'une œuvre qui offrait tant de difficultés pour être réalisée.

EMILE LONGUET.

# LIVRES ET REVUES

*Nous rappelons à MM. les Auteurs et Éditeurs que tous les ouvrages dont ils nous envoient deux exemplaires sont annoncés et analysés (s'il y a lieu). Les ouvrages doivent être adressés à* M. LE RÉDACTEUR EN CHEF, 45, *rue de La Tour-d'Auvergne.*

## LA « DENTAL REVIEW ».

Nous apprenons que notre distingué confrère M. le Dr Harlan quitte le poste de rédacteur en chef du journal américain *Dental Review,* qu'il occupait depuis quinze ans, et est remplacé par le Dr C. N. Johnson, qui a d'ailleurs dirigé ce journal antérieurement pendant un an.

Dans les adieux qu'il adresse aux lecteurs le Dr Harlan exprime ses regrets d'être obligé de renoncer à sa tâche. Ces regrets seront partagés par la Rédaction de *L'Odontologie,* qui entretient avec le Dr Harlan les relations les plus cordiales et les plus fréquentes.

---

## NOUVEAUX JOURNAUX.

Nous avons reçu le premier numéro du *Bulletin médical de la clinique de saint Vincent de Paul* publié mensuellement à Bordeaux par l'éditeur Delmas et à Paris par l'éditeur Masson et rédigé par un Comité de médecins représentant diverses spécialités. Ce premier numéro porte la date de janvier 1902.

*
* *

La section d'Odontologie du Conseil sanitaire de Naples et de la province vient de fonder un organe mensuel sous le titre de *L'Odontostomatologia,* dont le premier numéro est de janvier 1902. Le Comité de rédaction, composé de noms connus en Italie, a pris pour programme : le progrès de l'Odontologie et l'amélioration de ses conditions.

*
* *

Nous avons reçu aussi un nouveau journal professionnel en langue allemande *Zahnheilkunde,* édité par le Dr F. Poppe, de Leipzig, avec le Dr Abraham, de Berlin, comme rédacteur en chef. C'est une publication mensuelle fondée en octobre dernier.

---

### Livres reçus.

Nous avons reçu également les *Mémoires et comptes rendus de la Société des sciences médicales de Lyon,* tome 40, 1900.

Nous relevons dans ce volume diverses communications de notre excellent confrère M. le Dr Pont.

---

### Congrès d'Ajaccio.

Le compte rendu du Congrès d'Ajaccio de 1901 (Section d'Odontologie de l'Association française pour l'avancement des sciences), publié par le Dr Sauvez, secrétaire général, et édité par *L'Odontologie,* vient de paraître. Il forme une brochure de 144 pages, qui est en vente au bureau du journal, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, au prix de 2 fr. 50. (Frais de port en sus 0 fr. 20.)

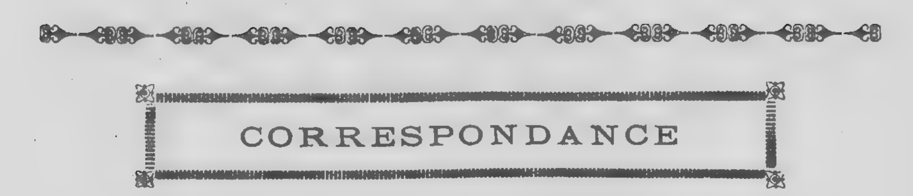
---

### Comptes rendus du Congrès de 1900.

Le 1er volume des comptes rendus du 3e Congrès dentaire international de 1900, consacré aux Assemblées générales, est en distribution.

Les souscripteurs non adhérents au Congrès recevront ce volume dès qu'ils auront fait parvenir à M. Viau, trésorier, 47, boulevard Haussmann, la somme de 36 francs, montant de la souscription (frais de port en plus).

Ils sont invités, en conséquence, à vouloir bien adresser cette somme au plus tôt, afin d'être mis en possession de ce volume. Les deux autres leur seront envoyés dès qu'ils auront été publiés.



# CORRESPONDANCE

Notre collaborateur M. le Dr Friteau adresse la lettre ci-après à M. Contenau qui a publié dans la *Tribune Médicale* un premier article sur l'enseignement de l'art dentaire en France, dans lequel l'Ecole dentaire de Paris est vivement prise à partie.

*Lettre ouverte à M. Contenau, secrétaire de la rédaction de la* Tribune Médicale.

Paris, 7 février 1902.

Monsieur,

Votre premier article sur l'enseignement dentaire et l'École dentaire de Paris n'est pas dénué de talent littéraire : il ne me paraît pas mériter d'autre réponse que celle-ci : jeune étudiant en médecine, hier encore élève de notre École, êtes-vous personnellement, bien apte à juger, je ne dis pas à critiquer, un corps enseignant composé de docteurs en médecine et de chirurgiens-dentistes dont la plupart sont déjà de vieux professionnels ? C'est parfait d'écrire de beaux articles de journal : c'est mieux encore, à votre âge, de préparer ses examens.

Dans quelques années, quand vous aurez acquis de l'expérience et des diplômes, vous nous jugerez mieux. A ce moment-là vos critiques auront quelque autorité et, à défaut d'autre voix, la mienne s'élèvera pour réfuter vos assertions.

Jusqu'alors je vous assure de toute ma considération.

Dr Friteau,

Professeur à l'École dentaire de Paris.

---

Nous avons reçu trop tard pour l'insérer dans ce numéro une lettre de notre collaborateur M. le Dr Mahé.

**L'Évolution de l'Art dentaire. — L'ÉCOLE DENTAIRE,** son histoire, son action, son avenir, par le Dr Ch. Godon, directeur de l'École dentaire de Paris. 1901, 1 vol. gr. in-8, 366 pages et planches. 10 fr. (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris).

L'auteur passe d'abord en revue l'évolution de l'art dentaire à travers les âges. Il nous montre qu'à toutes les époques, dans les civilisations des Egyptiens, des Grecs, des Romains, des Arabes, l'art dentaire a été exercé par des spécialistes, comme il l'est de nos jours. Il divise cette partie historique en une période pratique et une période scientifique. La première remonte à la plus haute antiquité pour se terminer à la fin du XVIIe siècle; la seconde débute en 1727 par la publication du premier ouvrage d'art dentaire « *Le Chirurgien-Dentiste* » de Pierre Fauchard et se poursuit avec la fondation de la première société odontologique et surtout de la première école dentaire en 1839 aux Etats-Unis.

L'odontologie, science nouvelle, réalise des progrès rapides et importants pendant les soixante dernières années, grâce à la multiplicité des écoles dentaires créées dans tous les pays (elles sont actuellement au nombre de plus de 150). Le compte rendu sommaire que donne l'auteur de l'important Congrès dentaire international tenu à Paris au mois d'août 1900, et qui s'est terminé par la constitution d'une Fédération dentaire internationale, permet de constater ces résultats.

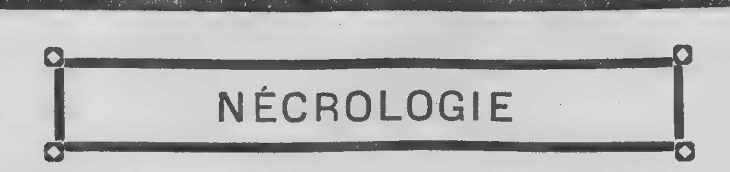
Dans la deuxième partie de son étude l'auteur a pris surtout pour type de l'évolution scientifique de l'odontologie l'Ecole dentaire de Paris, dont il raconte l'histoire. Il nous fait apprécier l'influence qu'elle a exercée sur la renaissance des études odontologiques en France par les œuvres dont elle a provoqué la création et le développement, et auxquelles est due la situation sociale du nouveau chirurgien-dentiste créé par la loi sur la médecine du 30 novembre 1892.

Deux tableaux synoptiques du programme d'enseignement, l'un de l'année 1880, l'autre de l'année 1900, placés à la fin de l'ouvrage, résument les progrès réalisés pendant ces vingt dernières années. Une troisième partie est consacrée à l'avenir de l'enseignement et des écoles dentaires.

L'ouvrage se termine par des conclusions qui représentent les principaux desiderata des chirurgiens-dentistes de tous les pays.

| | | |
|---|---|---|
| **PRIX en librairie**............... | **10 fr.** | frais de port en sus. |
| Pour les abonnés de *L'Odontologie*. | **6 fr.** | |

**L'administration de *L'Odontologie* prie ceux des souscripteurs à la thèse du Dr Godon qui ont reçu le volume sans en avoir envoyé le montant, d'adresser à M. Ed. Papot la somme de 6 fr. 25 pour Paris, 6 fr. 85 pour les départements et 7 fr. pour l'étranger.**



# NÉCROLOGIE

## M. DEBRAY

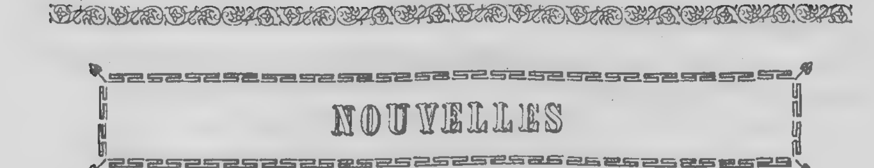
Nous avons le regret d'enregistrer la mort de M. Armand Debray, chirurgien-dentiste, ex-démonstrateur à l'École dentaire de Paris, décédé le 26 janvier dernier à Paris dans sa 70e année.

Le défunt avait été un des fondateurs de l'École dentaire de Paris, dont il était membre bienfaiteur ; il était membre honoraire du Conseil d'administration de l'Ecole et membre de l'Association générale des dentistes de France. Portant un vif intérêt à tout ce qui intéressait la profession en général et le groupement en particulier, M. Debray était sympathique à tous.

L'École avait envoyé une couronne à ses obsèques, où elle était représentée par MM. Bioux, Papot, Roy et Stévenin ; de nombreux confrères ont tenu également à y assister.

Nous adressons nos sincères sentiments de condoléances au fils du défunt, membre de l'Association, chirurgien-dentiste à Saint-Germain-en-Laye.

La Rédaction.



# NOUVELLES

## Académie de médecine.

L'Académie de médecine vient d'élire membre libre, en remplacement de M. de Lacaze-Duthiers, décédé, le docteur Galippe, chef de laboratoire à la Faculté de médecine de Paris.

Le nom du docteur Galippe reste attaché à une cause célèbre ; en 1874, l'herboriste Moreau, de Saint-Denis, accusé d'avoir empoisonné sa femme avec des sels de cuivre, fut exécuté. Le docteur Galippe a établi nettement, à la suite d'expériences faites souvent sur lui-même, la presque innocuité des sels de cuivre ; la mort de la femme de l'herboriste ne pouvait donc être attribuée à une intoxication par le cuivre et son mari ne pouvait pas commettre le crime qui lui coûta la tête.

On sait que M. Galippe exerce l'art dentaire depuis de longues années.

---

## CONTRE-PUBLICITÉ

Sous ce titre nous lisons ce qui suit dans le *Bulletin du Syndicat des chirurgiens-dentistes de France :*

### Réunion de la Sous-Commission de contre-publicité tenue chez M. Ronnet, président.

*Séance du 16 janvier 1902.*

Un premier classement des mémoires est opéré par le vote des membres présents et le vote envoyé par les membres absents.

De la discussion qui s'est ouverte à la suite de ce classement, il résulte que tous les mémoires renferment des parties intéressantes, mais que la plupart sont incomplets, notamment en ce qui concerne la répression du charlatanisme.

Il est décidé :

Que le manuscrit classé premier, sous la réserve de quelques corrections et additions, répond bien au programme et peut remplir le but poursuivi et qu'il est définitivement classé premier.

Qu'une réunion aura lieu chez M. Ronnet, le lundi 20 janvier à

8 heures et demie du soir, pour examiner à nouveau les trois manuscrits classés à la suite :

Que les trois manuscrits classés les derniers sont définitivement écartés du Concours.

*Séance du 20 janvier 1902.*

Le mémoire classé premier est relu ; il nécessite un certain nombre de corrections et d'additions ; successivement les trois mémoires classés ensuite sont également lus. Après une longue discussion, un de ces mémoires est écarté définitivement et il est décidé à l'unanimité d'accorder 1° un prix de 500 francs au Mémoire ayant pour devise : *similia similibus curantur* ;

2° Un prix de 100 francs au Mémoire dont la devise est : *seul le travail honnête produit des résultats durables* ;

3° Enfin un prix de 25 francs à celui qui a pour devise : *on ne défend bien que ce qu'on connaît bien.*

Les plis cachetés portant ces devises sont alors ouverts.

Il en résulte que le premier prix est décerné à M. Georges Gross, 16, rue Caraman, à Constantine ; le deuxième prix à M. Charles Charpentier, 62, rue de Clichy, à Paris, et le troisième à M. Georges Maurion, 1, rue de la Comédie, au Havre.

---

## Société des chirurgiens-dentistes de Berlin.

A la dernière séance de la Société, tenue le 25 janvier dernier, M. le Dr Herbst, de Brême, a présenté une série de nouveautés qui ont vivement intéressé l'auditoire.

---

## Les dentistes militaires anglais.

Le nombre des dentistes militaires appointés par le Ministère de la Guerre anglais pour donner des soins à l'armée qui opère dans l'Afrique du Sud s'élève actuellement à douze.

---

## Les dentistes allemands.

On comptait en 1901 dans l'Empire allemand 1586 chirurgiens-dentistes contre 1489 en 1900. Le nombre des médecins s'élevait par contre en 1901 à 28.174.

22e ANNÉE. N° 4 28 FÉVRIER 1902 VOL. XXVII




*L'Odontologie* est une **TRIBUNE LIBRE**, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

---

# BULLETIN

## *LE ROLE DES DENTISTES DANS L'ARMÉE*

*Les jeunes gens qui se destinent à la profession de chirurgien-dentiste et qui sont appelés sous les drapeaux, à la fin de leurs études, sont attachés actuellement à l'infirmerie. Tout comme des soldats dépourvus de connaissances spéciales, ils servent d'infirmiers ordinaires, de salle ou de visite. On ne tient pas compte du tout que ces jeunes gens ont fait au moins 3 années d'études spéciales dans des écoles dentaires avec stage dans les hôpitaux, ont subi 3 examens devant une Faculté de médecine et ont obtenu un diplôme d'État, qui les habilite à exercer une partie importante de l'art de guérir, y compris l'anesthésie générale. On n'a recours à leur savoir que lorsqu'il y a lieu de procéder à une extraction, qui s'exécute sous la direction du médecin-major! L'extraction est, en effet, la seule opération pratiquée au régiment. Les traitements variés et multiples que comportent les maladies des dents, et qui sont de règle dans la vie civile, sont inconnus dans l'armée. Pourtant, comme un simple* pékin, *un militaire peut avoir mal aux dents et, comme lui, il est justiciable*

*de la thérapeutique dentaire ; mais cette thérapeutique demeure lettre morte.*

*Cependant, l'État a la charge et la responsabilité de la santé des soldats et de la conservation dans de bonnes conditions de leurs divers organes. Or, les dents sont des organes d'une utilité incontestée : elles servent à la mastication, à la phonation, à la déglutition, à la nutrition et influent indirectement sur la digestion par la préparation des aliments pour l'ingestion, ainsi que sur la vigueur de la race. Quand un soldat a un bras, une jambe, une main, le nez, le foie, etc., malades, on lui soigne ce membre ou cet organe. A-t-il une dent malade, on ne la lui soigne pas, mais on la lui extrait tout bonnement, alors qu'il serait plus simple et surtout plus utile de la lui conserver.*

*Le service de santé manque, à cet égard, à un des devoirs qui lui incombent : il devrait assurer des soins dentaires, comme il assure des soins pour toutes les parties du corps qui en ont besoin. Il paraît ignorer les progrès considérables réalisés depuis une vingtaine d'années par l'Odontologie, dont les méthodes actuelles tendent uniquement à conserver les dents et à les remplacer quand elles n'existent plus et ne recourent à l'extraction que comme à un dernier moyen, quand tout espoir de sauvegarder ces organes doit être abandonné. Ces progrès n'ont pas encore pénétré, cependant, dans les infirmeries régimentaires et les médecins militaires n'emploient pas d'autre instrument que le davier, quand par hasard la trousse régimentaire en contient.*

*Pourtant, avec l'obligation du service militaire pour tous, l'armée compte des jeunes gens de toutes les conditions et dans toutes les situations de fortune. Il est hors de doute que ceux qui ont des ressources s'adressent au dentiste lorsque leur denture a besoin de son assistance, tandis que ceux dont la bourse est peu garnie ou même vide — et c'est le plus grand nombre —*

*sont dans la nécessité de se priver de son intervention quand leur dentition la réclame. Il y a là une méconnaissance regrettable du principe d'égalité qui est une des bases du régime démocratique sous lequel nous vivons.*

*Indépendamment des traitements, le dentiste est appelé à prêter une aide efficace au chirurgien militaire dans les fractures des maxillaires et dans les restaurations prothétiques buccales, nasales et faciales, à la suite d'accidents ou d'opérations chirurgicales ayant entraîné une perte de substance étendue. Et si ce rôle peut s'exercer utilement en temps de paix en cas d'accidents de tir ou avec les multiples accidents de la vie journalière, à la caserne, à l'exercice, dans les marches et les manœuvres, c'est surtout en temps de guerre, où les mutilations de tous genres causées par les projectiles, les armes à feu, les armes blanches et les explosions sont malheureusement si nombreuses qu'il a un vaste champ d'activité. Chacun se rappelle les restaurations que Préterre exécuta sur des mutilés de la guerre d'Italie et de la campagne de 1870 ; un autre dentiste, Delalain, se signala également par ses restaurations de blessés après cette dernière campagne. En temps de guerre les dentistes deviendraient donc des collaborateurs précieux des chirurgiens, des collaborateurs indispensables même à cause de leur habileté manuelle et de leur compétence dans ce genre de travaux. Préterre et Delalain étaient, de leur temps, des praticiens exceptionnels ; ils avaient peu d'égaux, tandis que les chirurgiens-dentistes actuels, qui reçoivent dans les écoles dentaires un enseignement spécial très complet en cette matière, sont à peu près tous à même d'entreprendre ces restaurations.*

*Les dentistes remplissent dans la vie civile une fonction : ils exercent l'art de guérir, ils détiennent une portion de la santé publique ; cette fonction n'est pas seulement utile, elle rend des services appréciés et*

*incontestés. Pourquoi l'État se prive-t-il volontairement de ces services, lorsqu'il lui en coûterait si peu pour les utiliser ? L'État a des médecins, des pharmaciens et des vétérinaires militaires ; pourquoi n'aurait-il pas aussi des dentistes militaires ?*

*Cette négligence de la part de l'État est d'autant moins compréhensible que ce service coûterait une somme bien minime au budget de la Guerre et, par suite, aux contribuables : quelques objets seulement à ajouter aux boîtes de pansement et d'instruments des infirmeries et des hôpitaux militaires, avec les matières premières nécessaires aux traitements et à la confection des appareils.*

*Les avantages qui résulteraient de l'utilisation des spécialistes pour les maladies des dents tombent sous le sens : d'abord la conservation en bon état d'organes nécessaires à la santé, le soulagement de douleurs parfois intolérables, la vulgarisation dans l'armée des principes d'hygiène buccale, et, comme conséquence, la propagation de ces principes dans toutes les couches de la population, principalement dans celles qui en ont le plus besoin, une fois les hommes libérés, la collaboration efficace des dentistes aux restaurations nécessitées par des accidents, des blessures ou des mutilations en temps de paix et en temps de guerre, enfin la possibilité pour les dentistes sous les drapeaux d'entretenir leurs connaissances en faisant bénéficier leurs camarades de leur art spécial. Une lacune serait ainsi comblée dans le corps de santé militaire et la santé publique y gagnerait. C'est ce qu'ont bien compris les Congrès dentaires nationaux de Nancy en 1896, de Paris en 1897 et de Lyon en 1898, qui ont émis des vœux conformes à l'utilisation des chirurgiens-dentistes dans l'armée, et ces vœux ont été ratifiés par le Congrès dentaire international de 1900, qui a lui-même émis le vœu « que le Service de santé des armées de terre et de mer comprenne des*

*dentistes, comme il comprend déjà des médecins, des pharmaciens, etc. ».*

*Des réformes dans ce sens ont été faites par le Gouvernement allemand, le Gouvernement anglais et le Gouvernement américain, puisque le premier a nommé un dentiste militaire avec rang d'officier et un uniforme particulier pour le corps expéditionnaire de Chine, puisque le second a créé pour les hôpitaux de campagne de l'Afrique du Sud douze dentistes militaires secondés par des praticiens civils établis dans la contrée, et puisque le troisième a organisé un corps de dentistes militaires placé, avec le corps des médecins militaires, sous la direction d'un chirurgien-major, chef du Service de santé.*

*Nous ne pouvons croire que le Gouvernement français se refuse à prendre une mesure qui ne peut donner que de bons résultats, qui est réclamée par la profession, qui est attendue par les plus intéressés dans la question, ceux qui ont mal aux dents, c'est-à-dire tous ceux qui passent par la caserne, à peu d'exceptions près, et qui est déjà mise en pratique dans d'autres pays. Nous ne pouvons croire que le Gouvernement français se refuse à tenir compte à des jeunes gens d'études sérieuses et d'examens sérieux qui sont de nature à leur assurer dans la hiérarchie militaire un rang plus honorable que celui qu'ils occupent actuellement.*

*Dentistes, nous demandons à faire de la dentisterie, non pour nous, mais pour les autres. Espérons que, mieux éclairé sur le but humanitaire que nous poursuivons, le chef suprême de l'armée accueillera notre requête et y donnera satisfaction.*

*P. MARTINIER.*

# GROUPEMENT DE L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

**Trois Médailles d'argent et une Médaille de bronze**
*à l'Exposition universelle de 1900.*

Tous les dentistes, médecins, fournisseurs pour dentistes, désirant faire partie de la Société civile de l'Ecole dentaire de Paris, de la Société d'Odontologie de Paris, de l'Association générale des dentistes de France, remplissant les conditions stipulées aux statuts, devront adresser une demande d'admission contresignée de deux membres de la Société, soit au Président du Conseil de direction de l'Ecole, soit au Président de l'Association.

Pour tous renseignements, s'adresser à l'Ecole dentaire de Paris 45, rue de La Tour-d'Auvergne.

## SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

BUREAU POUR L'ANNÉE 1902

MM. Dr **Roy**, ✿, *président*.
**Mendel-Joseph**, *vice-président*.
**Loup**, *vice-président*.

MM. **Touvet-Fanton**, *secrétaire général*.
**Charpentier**, *secrétaire des séances*.
**de Croës**, *secrétaire des séances*.

MM. **L. Richard-Chauvin**, I ✿.
**Touvet-Fanton**.
} *Administrateurs délégués par le Conseil de Direction de l'Ecole Dentaire de Paris.*

PRÉSIDENT HONORAIRE : M. **Poinsot**, I ✿.

Les réunions de la Société ont lieu le premier mardi de chaque mois.

## ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE

CONSEIL DE DIRECTION POUR L'ANNÉE 1902

BUREAU

MM. **Richard-Chauvin**, I ✿, *président*.
**Stévenin**, *vice-président*.
**Richer**, *vice-président*.

MM. **Billet**, *secrétaire général*.
**Blatter**, *secrétaire-adjoint*.
**Rollin**, ✿, *trésorier*.

PRÉSIDENT HONORAIRE : M. **Poinsot** I ✿.

MEMBRES DU CONSEIL

PARIS

MM. **Cecconi**, **Claser** ✠, **D'Argent** ✿, **Devoucoux**, Dr **Godon** ✻, ✿, **Lemerle**, I ✿, **Martinier**, ✿, **Ed. Papot**, ✿, ✿, Dr **Roy**, ✿, Dr **Sauvez**, ✿, **G. Viau** ✻, I, ✿.

PROVINCE *(Nord-Est)*.

**Audy** (Senlis), **Cohen** (Valenciennes).

*Sud-Est.*

MM. Dr **Pont** (Lyon), **Schwartz** ✿ (Nîmes).

*Nord-Ouest.*

**Coignard** (Nantes), **Richer** (Vernon).

*Sud-Ouest.*

**Delair**, ✿ (Nevers), **Douzillé** (Agen).

MEMBRES HONORAIRES

MM. **Aubeau** (Dr) I ✿, **Berthaux**, **Debray** père, **De Marion**, ✿, **Dugit** père, **Dugit** (A.), **Gardenat**, **Pillette**, **Ronnet** ✿, **Wiesner**, ✻, ✿.

COMITÉ SYNDICAL

MM. **Stévenin**, *président* ; **Devoucoux**, *secrétaire* ; **Billet**, **Blatter**, **Papot**.

CAISSE DE PRÉVOYANCE

MM. **D'Argent**, *président*, **Billet**, **Devoucoux**, **Papot**, **Rollin**.




## Orthopédie dento-faciale.

Par **Calvin S. Case**, de Chicago.

*(Communication au 3e Congrès dentaire international, Paris 1900.)*
*(Traduction.)*

Cette communication sera limitée à la partie de la dentisterie orthopédique relative à l'étude, à la classification et au traitement général des imperfections et des difformités



Fig. 1.

faciales dues à des malpositions des dents antérieures et des os entourant immédiatement leurs racines.

On voit donc qu'elle a trait à une portion comparativement

restreinte de la physionomie ; en réalité elle comprend seulement la portion qui s'étend sur les incisives et les cuspides, à l'exception des extensions occasionnelles produites par le mouvement des dents et des os au-dessous des zones qui tracent le contour. Le bout du nez supporté par le cartilage fixé à l'os nasal et les ailes du nez sont fréquemment influencés par les mouvements de l'os qui est entraîné dans le mouvement des racines des dents antérieures. Des dépressions des joues à une distance considérable de la réduction d'une protrusion supérieure prendront de même des contours plus parfaits pour la seule raison du relief de la tension sur le tissu musculaire environnant.

La figure 1 représente les limites de la portion de la face qu'il est possible de changer par une force appliquée aux dents antérieures. Les lignes pointillées enferment des zones limites plus ou moins changées.

Je tiens à définir exactement les limites de la partie que je me propose de traiter sous ce titre pour éviter l'erreur commune qui consiste à la confondre avec cette branche qui exige un mouvement du menton en arrière ou en avant.

Sachant qu'il existe de nombreux cas dans lesquels le maxillaire inférieur est en avant ou en retrait dans ses relations esthétiques avec les principaux traits de la physionomie, et que ces positions peuvent être corrigées plus ou moins par l'application d'une force, si cette application a lieu assez tôt, une grande expérience m'a conduit à conclure que les cas de ce genre qui se présentent pour être traités sont relativement rares. Ce qu'on prend souvent et très naturellement pour un prognathisme ou un retrait du menton est l'état opposé qui affecte le maxillaire supérieur et les dents du haut, qui fait reculer ou saillir les traits principaux de la physionomie, et quand cet état est accentué, il produit invariablement l'effet d'un menton malposé ; tandis que dans une très forte proportion de ces cas, s'il était possible de corriger exactement la difformité produite par le maxillaire et les dents du haut, le menton serait parfaitement en harmonie avec le tout.

Quoique la portion de la physionomie influencée par les malpositions dentaires soit relativement petite, c'est cependant dans ses limites que repose toute l'expression de la physionomie et que les mouvements, quelque légers qu'ils soient, changent totalement cette expression.

Notre extrême sensibilité intuitive dans les mouvements de la face pour exprimer les émotions rend probablement les sens tout à fait sensibles à de légers changements de contour naturel, et de même qu'un léger mouvement des lèvres change l'expression de tous les traits, de même de légers changements de contour dans cette région donnent parfois l'impression que la totalité de la physionomie a été altérée.

Nous ne sommes donc pas toujours à même de localiser immédiatement la cause qui produit un effet facial déterminé avant d'avoir étudié soigneusement le cas, en tenant un compte rigoureux des principes de la comparaison artistique.

Je me propose de montrer par une série d'illustrations tirées de cas pratiques avant et après traitement que presque toutes les imperfections faciales susceptibles d'être corrigées par l'orthopédie dentaire n'exigent, au point de vue artistique, aucun autre changement que celui qui résulte d'une application scientifique de la force aux dents antérieures, dirigée de façon à changer leurs positions relatives et les contours périphériques des os dans lesquels leurs racines sont encastrées.

Les projections lumineuses auxquelles j'aurai recours pour illustrer la thèse que je soutiens ont été faites à l'aide d'empreintes au plâtre choisies parmi celles de ma pratique, qui représentent presque la totalité des catégories distinctives d'irrégularités. Vous pourrez également examiner les modèles en plâtre des dents faits à l'aide d'empreintes prises avant et après traitement avec l'appareil de redressement spécial qui a servi à la correction et à la rétention finale et qui y est attaché.

Les malpositions faciales dans la région que nous allons étudier s'étendent nécessairement entre la limite extrême d'un prognathisme complet (supérieur et inférieur), d'une

part, et un retrait dentaire complet, de l'autre. Au milieu de ces extrêmes se trouvent la face parfaite et les physionomies qui, malgré l'irrégularité de toutes les dents, n'exigent pas de changement par le mouvement des dents. La figure 2 a



Fig. 2.

été faite d'après 3 cas de pratique représentant les extrêmes et une face anglo-saxonne typique parfaite.

En classifiant les variétés presque illimitées de malpositions dento-faciales, j'ai eu pour but de les grouper en classes, dont chacune puisse être illustrée par un seul type distinctif.

J'ai constaté qu'elles peuvent être divisées en 10 classes principales, dont chacune diffère des autres par des varia-

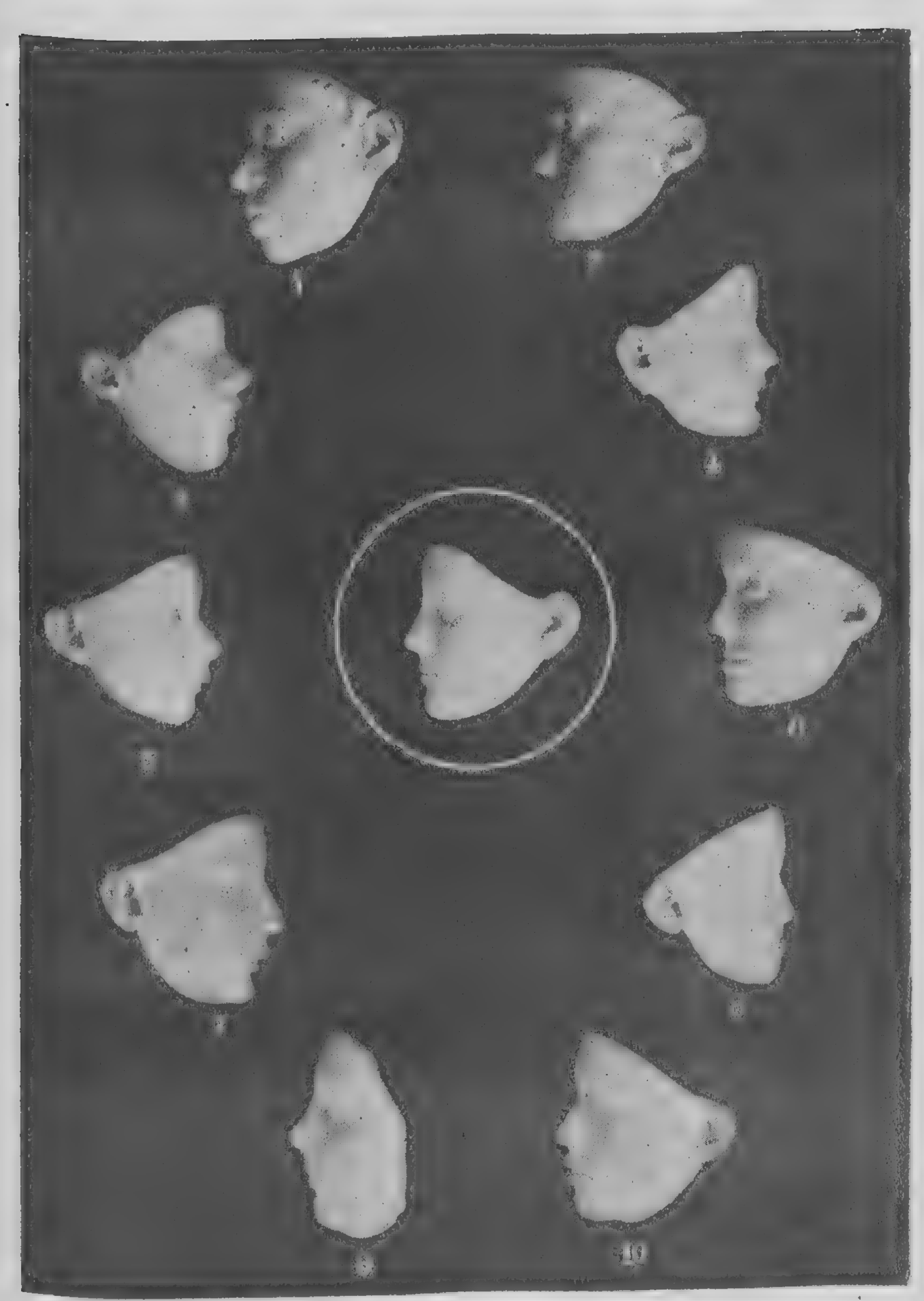


Fig. 3.

tions distinctives des lignes faciales et des contours typiques d'une physionomie parfaite représentée par la figure centrale du groupe. Elles diffèrent aussi par conséquent en ce qu'elles nécessitent différemment l'application de la force pour leur correction et leur rétention.

En disposant la succession des classes comme dans ce travail, j'ai eu principalement pour objet de définir avec précision la distinction des variations et des caractéristiques des types normaux ou esthétiques afin qu'ils puissent être reconnus immédiatement et classifiés comme il faut pour être traités convenablement dans la pratique.

En examinant la fig. 3 on verra que les faces du côté gauche du groupe appartiennent principalement aux prognathismes et celles de droite aux retraits, et que chaque couple opposée représente les extrêmes des différences.

Par exemple, les classes 1 et 2 appartiennent respectivement aux prognathismes et aux retraits totaux ; les classes 3 et 4 au prognathisme des couronnes du haut et au retrait du bas; les classes 5 et 6 au prognathisme complet du haut et au retrait complet du haut ; les classes 6 et 7 au prognathisme du haut avec retrait du bas et retrait du haut avec prognathisme du bas; les classes 9 et 10 au prognathisme des racines du haut avec bords incisifs normaux ou en retrait, et retrait des racines du haut avec bords incisifs normaux ou avançants.

Le temps accordé pour chaque communication me permet de vous donner plus qu'un résumé du côté artistique de mon sujet. Une étude complète de cette branche à un point de vue pratique — le rapport des dents malposées et des mâchoires aux traits modifiables et immuables de la physionomie — ainsi que les méthodes spéciales de traitement, est du domaine d'un traité.

En présentant les diverses catégories en détail, j'en subdiviserai quelques-unes en sous-classes ou variantes, dans lesquelles différents caractères de la même classe diffèrent suffisamment pour demander une variante distinctive du traitement.

En commençant par un profil semblable à la face centrale

représentée fig. 2 et 3, qui peut être considérée comme un type parfait en tant qu'il s'agit de la zone modifiable, les diverses imperfections de la physionomie produites par des malpositions des dents et du procès alvéolaire peuvent être illustrées en avançant et en reculant des parties de la ligne du profil typique. Dans mon enseignement j'ai l'habitude de



Fig. 4.

faire un dessin au tableau noir d'un profil typique parfait, comme dans la fig. 4. En partant de cette physionomie on obtient les différents caractères d'imperfections faciales en avançant ou en reculant les lignes le long de la zone modifiable.

## *Classe 1.*

Les prognathismes totaux, c'est-à-dire ceux dans lesquels les dents supérieures et inférieures sont avancées dans leurs rapports avec le menton et avec les traits immuables de la physionomie, sont relativement rares. La lèvre supérieure et la lèvre inférieure sont amenées anormalement en avant avec une oblitération complète de la courbe gracieuse vers le

menton, ce qui donne à la physionomie une expression extrêmement fâcheuse. En faisant avancer les lignes typiques de la fig. 4 dans les limites de la zone modifiable, on produit immédiatement le type. (V. fig. 5). Les lignes pointillées indiquent les contours originaux. Ces cas ressemblent à la



Fig. 5.

race éthiopienne et produisent invariablement l'effet d'un menton en retrait avec lequel on les confond souvent, principalement dans les efforts faits pour fermer les lèvres (V. n° 1, fig. 2 et 3). Cela provient en partie de ce que l'effort pour amener vers le haut et en avant la lèvre inférieure, afin de couvrir les dents qui avancent, contracte toujours les muscles du menton avec un retrait anormal de son contour esthétique.

Dans tous les cas de ce genre que j'ai examinés les dents supérieures et inférieures sont tout à fait inclinées sur les lèvres. Elles réclament le même traitement que la classe 3.

*Classe 2.*

Les retraits totaux supérieurs et inférieurs sont peut-être plus rares dans la pratique que ceux de la classe 1, quoique

ce soit un type de physionomie qu'on rencontre d'ordinaire en Amérique. Les dents sont habituellement régulières avec une occlusion parfaite, elles ne sont pas considérées comme



Fig. 6.

des cas exigeant un traitement orthopédique; et cependant toutes ces physionomies pourraient notablement être embellies si elles étaient traitées convenablement pendant la jeunesse. Le dessin en noir fig. 6 représente la lèvre en retrait.

Si l'effet facial est produit par le retrait des dents antérieures causé par l'extraction précoce, le manque d'éruption ou l'irrégularité des biscupides, une restauration est une chose simple. Si cependant les dents sont régulières et inclinées convenablement avec la totalité des arcades dentaires et alvéolaires en retrait, les dents antérieures du haut et du bas peuvent être en entier avancées de la façon indiquée pour les classes 4 et 6, et les arcades maintenues d'une façon permanente dans cette position par l'introduction de troisièmes bicuspides artificielles.

Le cas qui sert de type à cette classe (fig. 2) est celui d'une fillette de 11 ans, chez laquelle le retrait général antérieur était dû à l'extraction précoce des dents décidues, qui avait

eu lieu pour enlever de cette manière une des aides naturelles du développement prognathique convenable et de la rétention des procès environnants. Elle avait malheureusement à ce point de vue un chirurgien pour père. Au début du traitement le cas ne me fut pas confié et, comme c'est le seul de ce genre que j'ai été appelé à traiter, je ne puis donner de résultats définitifs.

*Classe 3.*

Les prognathismes supérieurs sont parmi les irrégularités dento-faciales les plus communes et sont souvent confondus



Fig. 7.

avec un retrait du maxillaire inférieur. Le type peut être représenté au tableau en avançant la ligne de la lèvre supérieure de la fig. 4 et en l'élevant de manière à montrer les incisives avançantes qui reposent sur la lèvre inférieure (V. fig. 7). La zone limitée latéralement par les lignes naso-labiales, comprenant la totalité de la lèvre supérieure et s'étendant souvent jusqu'au bout du nez est avancée dans ses rapports esthétiques avec le reste de la physionomie. Au repos les dents avançantes sont souvent légèrement expo-

sées et reposent sur la lèvre inférieure, tandis que les efforts pour fermer les lèvres augmentent d'ordinaire la difformité.

Tandis qu'il existe une grande variété de malpositions dentaires produisant ces effets et que l'espace ne me permet pas de décrire en détail dans cette communication, il existe deux variétés distinctes d'aspects faciaux qui ne doivent pas



Fig. 8.

être négligés : l'un susceptible d'être corrigé en reculant les couronnes seulement, l'autre exigeant aussi un retrait des racines et des procès alvéolaires.

Dans la première variété ou classe 2 les dents sont inclinées labialement et, si elles sont serrées, l'extraction de la première ou de la deuxième bicuspide de chaque côté s'impose et les dents antérieures sont reculées et renforcées par un appareil à pignon.

La fig. 8 représente le profil de M^lle F. à 17 et 18 ans, avec ce caractère de malposition avant et après le traitement. Au-dessous sont les dents ; la première partie représente les

dents avant le traitement, la seconde après une tentative maladroite pour les corriger sans extraction. C'est à ce moment que le premier modèle de face de la fig. 8 a été fait. La troisième partie représente les dents après une correction finale.



Fig. 9. — Hélène à 13 et 15 ans.

Un effet facial semblable est causé quelquefois par la succion du pouce. Alors les dents antérieures sont souvent séparées largement, inclinées labialement, et l'arcade est étroite, mais les bicuspides ne sont pas avancées nécessairement dans leurs relations avec les inférieures, de sorte que l'extraction n'est pas nécessaire (V. fig. 9).

*(A suivre.)*

# DE L'ACTION

## DE LA LUMIÈRE CHIMIQUE FROIDE SUR LE TISSU OSSEUX EN GÉNÉRAL ET LES MAXILLAIRES EN PARTICULIER

Par le D[r] FOVEAU DE COURMELLES.

*(Communication à la Société d'Odontologie de Paris. Séance du 21 janvier 1902).*

La photothérapie ou l'action en médecine des diverses radiations lumineuses, calorifiques, chimiques, entre de plus en plus dans le champ des applications courantes et efficaces. Les tuberculoses cutanées et les dermatoses en ont seules bénéficié pendant longtemps, et encore ne prenait-on que les cas incurables, vu la longueur, les difficultés et les dépenses du traitement. Un grand local spécial avec une lampe à arc de 80 ampères — des infirmiers nombreux tenant des compresseurs — était encore indispensable à l'Institut photothérapique de Copenhague qui, ayant mis au point maintes recherches antérieures, s'est fait surtout, depuis la découverte de Rœntgen, le protagoniste et le propagateur de la photothérapie. On ne pouvait dans ces conditions songer à des applications dentaires, ce qui est aujourd'hui possible grâce à une transformation totale de la photothérapie, que je vais vous exposer et dont je suis l'auteur.

Le traitement par les rayons chimiques (violets et ultra-violets) du spectre solaire ou de l'arc de 80 ampères fut donc employé par Finsen à Copenhague, puis par divers imitateurs, à l'hôpital Saint-Louis, notamment avec cet appareil et cet outillage si dispendieux, rien que pour soigner et guérir les incurables de la tuberculose cutanée et de certaines dermatoses. Qui ne connaît d'ailleurs l'action puissante,

assainissante de la lumière qui ranime les convalescents, les valétudinaires, blanchit les linges souillés, mis d'instinct au soleil, rend salubres les habitations bien exposées?...

Mais ce procédé exigeant, il faut le répéter pour bien faire saisir la valeur de l'innovation actuelle, un outillage de plusieurs milliers de francs, des séances longues et très coûteuses (une heure et quart et quinze francs quarante centimes par centimètre carré de lésion), il n'avait pu s'étendre et était resté localisé à quelques hôpitaux spéciaux, où il était abandonné plutôt aux infirmiers nombreux nécessaires à son maniement et à la compression déclarée *nécessaire*, ce qui empêchait d'emblée toute intervention, interne ou sur les muqueuses, de la lumière chimique.

C'est qu'en effet l'appareil de Finsen, formé d'une lampe à arc de 80 ampères et de lentilles de quartz multiples, de solution cupra-ammoniacale, n'agit, ont déclaré d'une façon absolue, indiscutable, Finsen et ses élèves, sur des tissus lésés que si on les comprime et si l'on en chasse le sang. Nous allons voir comment nous avons pu changer et modifier ce principe.

La *lumière froide*, d'abord appliquée par Lahmann en 1893 sous forme d'une lampe à arc de 30 ampères et d'une douche filiforme sur la région traitée et dont un élève de Finsen, le Dr Bang, se voit aujourd'hui par divers quotidiens français attribuer la découverte aux dépens de son maître notamment et des inventeurs qui l'ont perfectionnée, la lumière froide ou refroidie, disons-nous, agit chimiquement par ses rayons ultra-violets. Ce fait et la méthode sont depuis longtemps connus des physiologistes et des zoologistes et appliqués par eux. Pendant sept ans, de 1895 à ce jour, nulle modification ni dans les appareils complexes, ni dans les principes, dévascularisation des tissus et nécessité des brûlures ou phlyctènes, ni dans les maladies traitées et dont le champ aurait pu s'étendre, n'est intervenue. L'Institut photothérapique de Copenhague, richement doté d'argent et d'élèves, est resté dans le *statu quo*. Il n'a été publié

d'autre part, ailleurs, rien de nouveau sur le sujet jusqu'à la fin de 1900.

Cependant des actions bactéricides étaient signalées, sur les staphylocoques notamment, et l'on comprend déjà que, maints microbes existant normalement dans nos cavités, bouche, vagin, urèthre,... on puisse aussi agir contre les staphylocoques, les pneunocoques, les gonocoques. Il y a là une action microbicide énorme, aujourd'hui indiscutable, de la lumière chimique sur les plaies, les ganglions, quels qu'ils soient, même spécifiques. L'*Année électrique, électrothérapique* et *radiographique* de 1901, en multiplie les exemples dus à des auteurs du monde entier. On peut donc concevoir des actions thérapeutiques de la lumière chimique sur les microbes de la bouche, sur des suppurations de ses muqueuses et de ses os, de ses maxillaires par exemple, et la réalité confirme ces idées *à priori*.

*
* *

L'action thérapeutique de la lumière chimique sur le tissu osseux n'a été constatée qu'en 1901, n'étant possible que par le nouvel appareil dont je vais vous entretenir.

De même que Finsen après maintes recherches a trouvé son appareil, puis l'a maintenu tel — et ses succès ne l'incitaient pas à des modifications — sept ans, ce n'est pas sans de longues et patientes recherches que je suis arrivé à mon *radiateur*[1]. Au lieu de me placer, comme mon confrère danois, à 1 mètre, 1 m. 50 des patients, avec un compresseur séparé, maintenu par un infirmier, je pensai à placer une source électrochimique faible très près du patient qui s'appuie lui-même sur le quartz et supprime l'aide ; puis l'électricien bien connu Gustave Trouvé étant venu me préconiser la lumière chaude contre l'arthritisme au moyen de la

---

1. Dr Foveau de Courmelles, *Action des tentures de couleurs diverses sur les nerveux*, in *Hypnotisme*, 1890; *La Chromothérapie*, Académie de médecine, 21 juillet 1891 ; *Franklinisme (Lumière en neurologie)*, *Revue de polytechnique*, février 1893 ; *Traitement du lupus par les rayons X*, 1898 et Congrès de 1900 ; *Héliothérapie artificielle dans l'ataxie*, Académie de médecine, 12 juin 1900.

concentration parallélique des rayons par la disposition focale de la source en un réflecteur parabolique, j'eus l'idée d'utiliser ces deux principes, le premier élémentaire, le second renouvelé d'Archimède. Mais, au lieu d'enflammer les vaisseaux des Romains devant Syracuse, il s'agissait cette fois de guérir de malheureux incurables, et bien que, comparés aux arthritiques, me disait mon collaborateur Gustave Trouvé, ils fussent bien rares, je finis par le convaincre qu'ils étaient plus intéressants et plus décisifs pour démontrer l'action curative de la lumière : c'était le décider à construire l'appareil que je rêvais, que je cherchais depuis plusieurs années, sur l'instance d'ailleurs de divers médecins de Saint-Louis qui trouvaient le Finsen à peu près inutilisable, par le temps et le coût des séances.

Ce fut d'abord avec une lampe à incandescence spéciale (fig. 1) datant d'octobre 1900 et présentée à l'*Institut de France*, le 24 décembre 1900, presque aussitôt remplacée par l'arc voltaïque (*Académie de Médecine de la Belgique*, 29 décembre 1900), avec une circulation abondante d'eau froide et une double lamelle de quartz, que fut réalisé mon radiateur. Les *Annales de Médecine et de Chirurgie infantiles* du 15 février 1901 et l'*Année Électrique* de 1900 en contiennent déjà la description, qui s'est retrouvée depuis dans la thèse inaugurale de la Faculté de médecine de Paris du Dr Degrais, dans le *Progrès Médical*, du 2 novembre 1901... Les recherches *pour le maniement* seul, sans rien changer dans les principes, se poursuivent ; aussi connaît-on aujourd'hui du radiateur Foveau les modèles Trouvé et Noé, approuvés et contrôlés par l'auteur.

L'appareil est donc formé d'un miroir parabolique avec la lampe à incandescence ou l'arc en son foyer ; le reste est démontable, de sorte que l'appareil Foveau-Trouvé sert à volonté à *toutes* les applications lumineuses, par le remplacement facultatif de la lampe à incandescence par l'arc. Devant le miroir s'adaptait jadis exactement le tube à solution cupro-ammoniacale aujourd'hui supprimé, l'eau froide continue de circuler abondamment sur le passage des rayons

ultra-violets, en commençant entre les quartz sur lesquels s'appuie le malade ; plus de lentilles qui absorberaient la lumière par elles-mêmes et leur double réfraction multipliée ; seules, deux lamelles de quartz démontables, calculées, et formant, en quelque sorte, des diaphragmes internes ou externes, et permettant, on l'a vu, l'action à distance, sans compression, pour limiter les surfaces, *devant, sur* ou

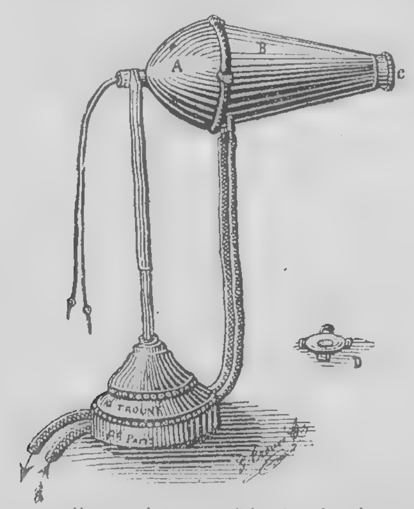



Fig. 1. — *Appareil complet pour l'étude chimique de la lumière.*

A. Réflecteur parabolique, avec lampe à incandescence spéciale en son foyer.
B. Double manchon réfrigérant et filtrant la lumière ; la solution cupro-ammoniacale imitée de Finsen, a été supprimée parce qu'elle était inutile.
C. Lentille de quartz, compresseur en place.
D. Compresseur séparé pour les applications en place (afin de chasser le sang de la région traitée), aujourd'hui supprimé, le malade s'appliquant directement en C.

*dans* le patient, afin de n'y laisser arriver que les rayons chimiques ultra-violets et en étendues limitées. Ces doubles lamelles de longueurs et de surfaces variables, selon les régions à traiter, forment le compresseur, qui n'est pas, comme pour Finsen, distinct de l'appareil, et sur lequel on applique, avec forte compression volontaire, la partie malade. On utilise à volonté la lumière directe ou la lumière totale, par les deux faces du Foveau-Trouvé. Les charbons s'avancent peu à peu, à volonté, par des mouvements analogues à la rotation d'une vis, ensemble ou séparément,

avec parallélogramme articulé et vis séparée (modèle Noé), avec ou sans régulateur. Ils peuvent être en face, car la position angulaire, qu'on a vantée n'a nulle importance ; mais il faut, pour le maximum d'effet, qu'ils soient *exactement* au foyer et de bonne qualité. L'eau qui passe entre les deux lamelles de quartz peu espacées doit être claire, sinon elle absorbe des rayons chimiques. Tous ces détails

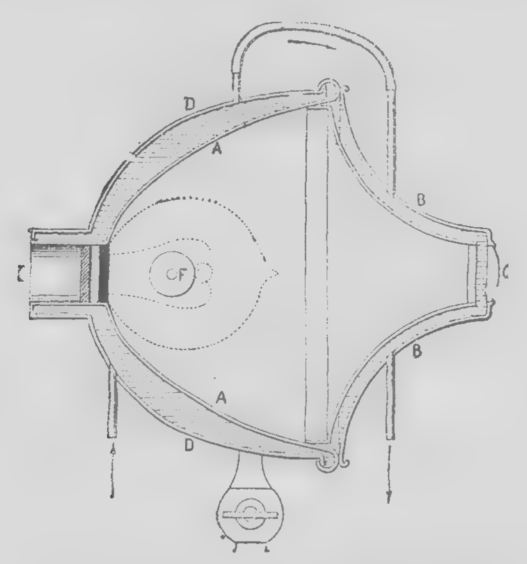



Fig. 2. — *Le Foveau-Trouvé vu en coupe.*

sont très importants ; si on les méconnaît, on fausse les résultats.

La salle Cazenave de l'hôpital Saint-Louis (service du Dr du Castel) n'a eu l'électricité, par suite de la lenteur bien connue des administrations en général et de l'Assistance publique en particulier, que fin avril 1901, et mon radiateur, qui attendait depuis six mois, y a fonctionné tout de suite. M. G. Trouvé en avait prêté gracieusement deux modèles, car les bons de plusieurs chefs de service (Drs du Castel et Balzer) étaient restés sans résultats. On confia au radiateur les malades les plus traités jusque-là, des lupiques en général. Or, il s'en trouva parmi eux qui avaient toute la lyre des tuberculoses et qui avaient leurs tissus cutanés, osseux et

pulmonaires atteints ; dans tous les cas on put noter des améliorations, sinon des guérisons.

Une tuberculose du bras datant de huit ans et déjà grattée fut guérie par la compression avec lumière chimi-

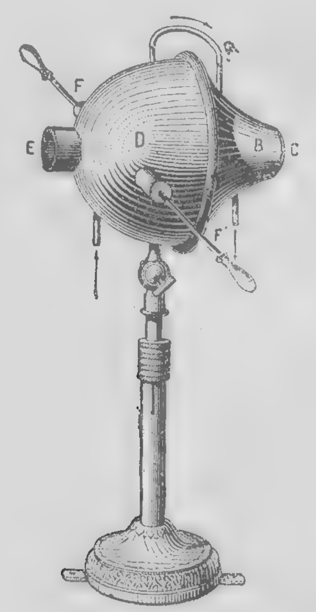



Fig. 3. — *Le Foveau-Trouvé vu de profil.*

A. Réflecteur parabolique.
B. Prolongement du cône de concentration.
C. Chambre de quartz compresseur pour l'utilisation des rayons chimiques totalisés.
D. Enveloppe extérieure refroidissante.
E. Ouverture pour l'utilisation des rayons directs, et en outre pour voir et régler l'arc.
FF. Charbons rapprochables à volonté.
G. Pied articulé et extensible de l'appareil.

que. On eut aussi l'idée, sur la même malade dont les premières manifestations lupiques dataient de douze ans, de soigner des végétations de cet ordre existant sur la cloison du nez ; on ne pouvait, là, faire de compression et on essaya l'action à distance... et malgré les sept ans d'expérience de Copenhague et l'affirmation de l'indispensabilité de la vascularisation des tissus pour obtenir la guérison, on fut étonné de bientôt constater celle-ci.

On continua les essais sur le squelette, sur les os et ceux de la bouche ou du nez, souvent le début du lupus et incurable avant nous..., les mêmes résultats encourageants furent obtenus...

La compression dans un cas de fistule maxillaire, immédiatement au-dessous et vers le milieu de l'arcade zygomatique, a donné une guérison en trois séances de vingt minutes à dix ampères.

Mais, j'ai donc pu constater ce qui rend possible et précieuse l'application de la lumière refroidie par mon radiateur chimique en art dentaire, que la compression n'était pas indispensable, que la brûlure ou phlyctène ne l'était pas davantage.

Cette action est très curieuse, car, absolument indolore, elle est anesthésique, et la brûlure, quand elle se produit, ne se montre que quelques heures après la séance et est caractérisée par l'absence absolue de douleur. Il semble y avoir là une action électrolytique lente, mais ne présentant pas la sensation de brûlure ni la lenteur de cicatrisation la caractérisant d'ordinaire. Aussi peut-on espérer recourir à cette méthode pour l'introduction *d'ions* médicamenteux, comme je le fais depuis 1890, sous le nom de *bi-électrolyse* et maints auteurs après moi, pour la cocaïne, en avulsion dentaire...

Et ceci n'est pas une vue de l'esprit, puisqu'en 1901 le Dr Minin, de Saint-Pétersbourg, a annoncé avoir pu faire faire, avec la lumière d'une lampe à incandescence de cinquante bougies passant à travers un verre bleu, une extraction de dent. D'autre part, MM. Didsbury et Régnier ont, avec le courant de haute fréquence à larges effluves chimiques, pu effectuer, à Paris et sans douleur, la même opération...

Après l'électrophérapie et la radiographie ouvrant à toutes les branches de l'art médical des voies nouvelles d'exploration et de thérapeutique, voici la photothérapie qui fait de même, et l'art dentaire, nous croyons l'avoir suffisamment démontré, n'est pas le dernier à profiter de ses innovations. Avouerai-je, on le comprendra aisément, que cette ex-

tension de la lumière chimique permise par mon appareil non breveté et à la portée de tous comme construction et usage [1], me récompense de mes efforts scientifiques, et qu'à l'honneur de ceux-ci, qui m'ont été très disputés, je tiens essentiellement et absolument [2] !

---

1. Parallèle entre le grand Finsen et le Foveau-Trouvé, non pas le dernier appareil produit, qui est plus complexe, plus coûteux et plus long à agir, sans parler de l'avantage de pouvoir traiter séparément les malades et de n'être pas tenu à un nombreux personnel :

| | Finsen | Radiateur Foveau, Modèles Trouvé et Noé. |
|---|---|---|
| Achat | 4.000 fr. | 3 à 400 fr. |
| Dépense par séance | $80 A \times 110 V \times \frac{5}{4} h \times 0{,}14 HW = 15$ fr. 40 | $10 A \times 110 \times \frac{4}{6} \times 0{,}14 = 0$ fr. 23. |
| Durée des séances | 75 minutes | 10 minutes |
| Surface d'action | 1 cinq | 1 à 5 cinq à volonté |

Un transformateur de 3000 fr. peut diminuer de moitié la consommation du Finsen.

2. Je rappellerai que par lettre à la *Société d'odontologie*, en date du 10 novembre 1901, j'avais déjà esquissé les faits apposés ici.

# ADRESSES UTILES

**La ligne : 20 francs par an,**
**Lignes en sus : 10 fr. la ligne.** } **dans 24 numéros.**

---

C. **Ash et fils** (*Fourn. gén.*) 22, rue du Quatre-Septembre, PARIS. TÉLÉPHONE 294.47.

Dr **Bengué** (*Anestile*), 47, rue Blanche, PARIS.

**Billard, L. Lemaire**, sr (*Fourn. gén.*), 4, pass. Choiseul, PARIS. TÉLÉPHONE 264.30.

J. **Fanguet, Georges Clotte**, succr (*Impressions en tous genres*), 28, rue d'Enghien, PARIS.

**Comptoir international** (*Fourn. gén.*), 15, avenue Fonsny, BRUXELLES.

**Contenau et Godart fils** (*Fourn. gén.*), 7, r. du Bouloi, PARIS. TÉLÉPHONE 214-53.

**Cornelsen** (*Fourn. gén.*), 16, rue St-Marc. TÉLÉPHONE 218.69.

A. **Debraux**, profr (*Cert. d'Et. exigé des dentistes*), 17, faub. Montmartre, PARIS.

Vve **Jules Friese** (*Fournitures générales*), 3, rue de Londres, PARIS.

**Alfred Joliot** (*Fourn. gén.*), à la Cloche, 193, rue St-Martin. TÉLÉPHONE 271.51.

**Colin Logan fils** (*Fourn. gén.*), 113, rue Réaumur, PARIS. TÉLÉPHONE 288.79.

L. **Mairlot** (*Fourn. génér.*), 24, pl. Sainte-Gudule, BRUXELLES. TÉLÉPHONE 1429.

**Mamelzer et fils** (*Manufacture dentaire*), 40, rue Croix-des-Petits-Champs, PARIS.

Al. **Maylaënder** (*Reliures en tous genres*), 67, rue Daguerre, PARIS.

A. **Mellottée**, imprimeur de *L'Odontologie* à CHATEAUROUX.

P. **Périé fils** (*Fournitures générales*), 7, place Lafayette, TOULOUSE.

B. **Platschick** (*Prothèse à façon*), 3, rue Ventadour, PARIS. TÉLÉPHONE 222.82.

**Reymond frères** (*Fournitures générales.*)
22, rue Le Peletier, PARIS.
44, place de la République, LYON.
69, rue de la Croix-de-fer, BRUXELLES.
3, rue Petitot, GENÈVE.

**Victor Simon et Cie** (*Four. gén.*), 54, rue Lamartine, PARIS. TÉLÉPHONE 269-45.

***Société Française de Fournitures Dentaires.***
58 bis, Chaussée-d'Antin, Paris
TÉLÉPHONE 214-47.
45, r. de la République, Lyon.
*Grande exposition*, au dépôt de PARIS, de toutes les *Nouveautés dans l'outillage* de MM. les Dentistes.

**Syndicat Français** (*Recouvrements d'honoraires*), 131, boul. Sébastopol, PARIS.

Vve **J. Wirth** (*Manufacture dentaire*), 222-224, avenue Philippe-Auguste, PARIS.

# ÉTUVE ÉLECTRIQUE

Par le Dr Foveau de Courmelles.

*(Communication à la Société d'Odontologie de Paris. Séance du 21 janvier 1902.)*

La stérilisation, la propreté rigoureuse des instruments médicaux, chirurgicaux et dentaires est aujourd'hui indispensable. Pour les opérations considérables à grande instrumentation, on a des autoclaves, de grandes étuves; mais l'étuve Foveau de Courmelles comble une lacune si l'on songe que jusqu'ici on n'a pensé qu'à la grande chirurgie, oubliant les petites opérations et l'art dentaire. Elle est petite et peu encombrante: 0 m 25 de large sur 0 m 10 et 0 m 10 de hauteur et de profondeur. Elle n'émet aucune buée ni vapeur à l'extérieur. Au point de vue de la propreté, de la rapidité, de la simplicité, cette étuve nous paraît réaliser les desiderata habituellement exigés des stérilisateurs. Elle se met à la place d'une lampe à incandescence ; elle est construite par MM. Parvillée et consiste en résistances métalliques cousues en spirales, et par suite ayant une grande longueur pour une faible surface, sur une étoffe amiantée, et permettant d'obtenir en quelques minutes et à volonté 37, 50, 110, 120, 150° c; elle est pourvue d'un thermomètre avec deux contacts métalliques terminaux, avec index facile à déplacer construit par M. Bernadot, à sonnerie électrique reliée en dérivation à une partie des résistances ou à une pile sèche placée au-dessous. On sait ainsi la température voulue et on peut la maintenir en sortant une fraction des résistances du circuit, mais de telle façon que le courant n'y passe plus et ne se dépense pas en pure perte ; on ne fait passer l'énergie que là où elle est strictement indispensable.

L'art dentaire peut y antiseptiser ses daviers, on peut y chauffer des solutions utiles (on pourrait encore éviter ainsi chez le coiffeur la propagation des affections du cuir chevelu). Ses avantages pour la petite chirurgie et la médecine courantes ressortissant à l'art dentaire résident dans

son prix modique, son petit volume, sa rapidité de fractionnement pour une faible dépense ; les petits instruments,

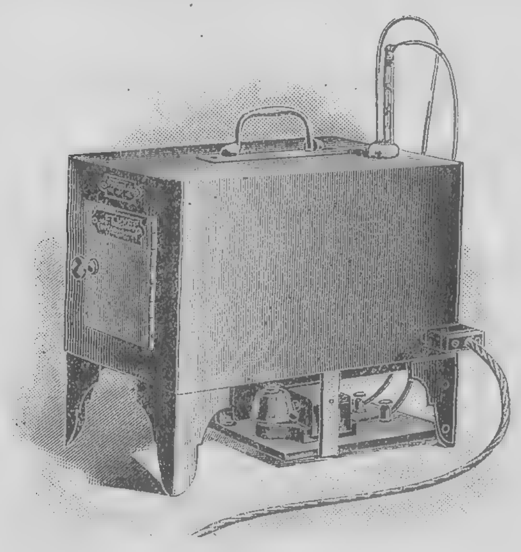
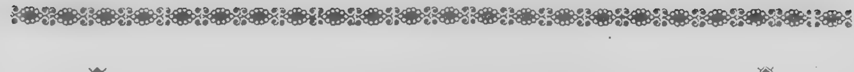


Fig. 1.

les aiguilles à injections, y sont tout de suite aseptisés, sans la déformation et l'encrassement qu'occasionne la flamme d'une lampe à alcool.



# SOCIÉTÉS SAVANTES

## SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

*Séance du 21 janvier 1902.*

Présidence de M. SAUVEZ, président.

La séance est ouverte à 9 heures.

*M. le secrétaire général* communique des lettres d'excuses de divers membres.

### I. — ADOPTION DU PROCÈS-VERBAL.

*M. Sauvez.* — Le procès-verbal de la séance du 19 novembre a paru dans le numéro de *L'Odontologie* du 15 décembre et celui de la séance du 16 décembre dans le numéro du 30 janvier. Je mets aux voix l'adoption de ces procès-verbaux. (*Adopté.*)

### II. — CORRESPONDANCE, LIVRES ET DOCUMENTS REÇUS.

*M. le secrétaire général* donne lecture d'une lettre relative au Congrès de Madrid.

*M. Sauvez.* — Je vous communique cette lettre, qui regarde directement la Société, pour vous demander de bien vouloir désigner un délégué au Congrès de Madrid. Si vous n'avez pas de prime abord de nom à proposer, vous pourriez vous en remettre au bureau du soin de désigner ce délégué. C'est ce que je me permets de vous demander. (*Adopté.*)

Dans la circulaire qui a été adressée à tous les dentistes français, je remarque que les représentants du Comité de Madrid nous indiquent plusieurs sections, entre autres une « Section d'Odontologie ». Donc, l'année prochaine, il y aura, au mois d'avril, un Congrès International de Médecine, faisant suite aux Congrès de Berlin, de Rome, de Paris, avec une Section d'Odontologie. Vous savez qu'au Congrès de Paris, elle portait le nom de Section de Stomatologie et était plus ou moins ouverte aux dentistes. Je propose d'adresser aux membres du Comité d'organisation du Congrès de Madrid un ordre du jour pour leur accuser réception de cette lettre et les féliciter d'avoir donné à cette section le nom de Section d'Odontologie.

*M. Siffre.* — Je demanderai au bureau, si vous écrivez aux orga-

nisateurs du Congrès de Médecine, qu'ils veuillent bien nous répondre en tant que Société d'Odontologie.

*M. Sauvez.* — La lettre que tous les dentistes ont reçue est celle-ci : « Il y a une 12e section qui porte le nom de Section d'Odontologie ». L'ordre du jour que je propose est ainsi conçu :

» La Société d'Odontologie de Paris, après avoir pris connaissance dans sa séance du 21 janvier 1902 de la lettre demandant la nomination d'un délégué au Congrès de Madrid et après avoir constaté que les programmes imprimés adressés à la Société portent, comme titre de la 12e section, le mot « Odontologie »,

» Remercie M. le Président et le Comité d'organisation du Congrès de Madrid de lui avoir adressé une invitation ; les informe que son délégué leur sera ultérieurement désigné, et les félicite d'avoir donné à la 12e section le seul titre d'Odontologie, comme il avait été fait antérieurement dans la majorité des Congrès Internationaux de Médecine. »

Je dois dire, en effet, qu'aux Congrès de Rome de Moscou, le titre de la section qui s'occupait des dents était « Section d'Odontologie » ; il n'y a qu'en 1900 que le titre avait été changé pour celui de Stomatologie.

L'ordre du jour est mis aux voix et adopté.

III. — Présentation d'une étuve électrique pour l'art dentaire et les petites opérations, par M. le Dr Foveau de Courmelles.

*M. Foveau de Courmelles.* — Messieurs, je vous remercie tout d'abord de l'amabilité que vous montrez en accordant la parole à quelqu'un qui n'est pas membre de votre Société. Mais ayant toujours témoigné la plus vive sympathie à l'École dentaire de Paris, je suis très honoré que vous vouliez bien me reconnaître quelque droit à me faire entendre parmi vous. Ceci dit, j'entre immédiatement dans ma communication.

(M. de Courmelles donne lecture de sa communication v. p. 169.)

Discussion.

*M. Foveau de Courmelles.* — Si vous avez maintenant quelques objections à me faire, je suis tout à votre disposition.

Vous pouvez remarquer que, si l'on se rend chez un client qui possède la lumière électrique, on peut emporter son étuve avec soi.

*M. Sauvez.* — Il faut envisager cet appareil comme un des plus faciles à employer pour assurer la parfaite antisepsie des instruments.

Personne n'ayant d'observations à présenter, je remercie beaucoup M. le Dr Foveau de Courmelles de sa communication et je le prie

de continuer par son *étude sur l'action de la lumière chimique froide sur le tissu osseux en général et les maxillaires en particulier.*

IV. — DE L'ACTION DE LA LUMIÈRE CHIMIQUE FROIDE SUR LE TISSU, OSSEUX EN GÉNÉRAL ET LES MAXILLAIRES EN PARTICULIER, PAR M. LE Dr FOVEAU DE COURMELLES.

*M. Foveau de Courmelles* donne lecture de sa communication. (V. p. 159).

DISCUSSION.

*M. Siffre.* — Quel est le prix de l'appareil ?

*M. Foveau de Courmelles.* — Environ 150 francs. Il n'est pas breveté, par conséquent vous n'avez pas de droits d'auteur à payer, il n'y a que le constructeur.

*M. Sauvez.* — Je crois me faire votre interprète en adressant nos remerciements bien sincères à M. le Dr Foveau de Courmelles, qui veut bien mettre à la disposition de la Société ses connaissances très étendues et très spéciales en électricité. Il travaille ces questions qui sont ardues et compliquées depuis une dizaine d'années, à ma connaissance...

*M. Foveau de Courmelles.* — Quatorze ans.

*M. Sauvez.* — Les explications que vient de nous donner M. le Dr Foveau de Courmelles montrent que nous pourrons tout au moins essayer l'emploi de cet appareil, qui n'est pas très difficile à faire construire et que nous pouvons, *a priori*, en attendre d'heureux résultats.

*M. Foveau de Courmelles.* — L'appareil ne revient plus maintenant à 3.000 francs, mais à 450 francs environ ; ce sont seulement les frais du constructeur, puisqu'il n'y a pas de brevet non plus pour cet appareil.

Je me mets d'ailleurs à l'entière disposition de chacun d'entre vous pour les premières applications et le maniement de l'appareil. *(Vifs applaudissements.)*

V. — PRÉSENTATION PAR M. LE Dr SAUVEZ DE DENTS AMÉRICAINES ANCIENNES OFFERTES AU MUSÉE DE L'ÉCOLE PAR LE Dr KIRK.

*M. Sauvez.* — Je vais faire circuler ces dents ; elles nous sont adressées par un des élèves de cette école, le Dr Robin, qui étudie actuellement à l'Université de Pensylvanie, sous la direction de M. le Dr Kirk. Ces dents datent de 1856 ; vous verrez qu'à cette époque déjà elles avaient une grande perfection au point de vue de la forme et de la construction, perfection qui n'existait guère en France et qui n'existe peut-être plus de nos jours, car j'entends tous les dentistes aujourd'hui se plaindre de l'état des dents, de leur forme et de leur teinte.

### Discussion.

*M. Platschick.* — Je les trouve en effet magnifiques comme forme.

*M. Cecconi.* — Les faces triturantes sont bien préférables à celles que nous avons aujourd'hui; elles se rapprochent bien des dents naturelles.

## VI. — Présentation de cas d'implantation et de réimplantation, par M. Mendel-Joseph.

*M. Mendel-Joseph.* — A plusieurs reprises j'ai insisté sur l'utilité de prévenir la destruction de la pulpe dentaire, car le traitement après la destruction de la pulpe peut présenter des obstacles mécaniques que l'opérateur ne pouvait prévoir en aucune façon, et dont il pourrait ne jamais triompher.

Voici un cas que M. D... a bien voulu me présenter; vous remarquerez qu'avec un tel angle droit formé par l'extrémité de la racine il serait impossible d'enlever toute la portion de la pulpe, et certainement dans des cas semblables nous pouvons nous trouver en face d'accidents.

J'ai encore un second cas à présenter : c'est la couronne d'une dent implantée; cette couronne s'est détachée six ans après l'implantation, faite en présence de M. C..., sur une personne dont l'état général était plutôt de nature à faire naître des appréhensions très sérieuses. Au moment où nous faisions l'opération elle eut une crise d'épilepsie. Malgré cela l'opération a réussi, et ce n'est qu'au bout de six ans que j'ai vu tomber la couronne; vous verrez qu'il y a des traces de résorption assez caractéristiques, qui montreront que celle-ci s'est produite après l'implantation.

Puisque nous parlons de l'implantation et des différents modes de greffes dentaires, je voudrais soulever une petite question et demander à la plupart des personnes qui ont pratiqué l'opération de la greffe dentaire, si elles ont remarqué que la consolidation, après cette opération, a lieu de la même façon qu'à l'état naturel, ou s'il y a quelque particularité qui distingue cette dent des dents normales. En effectuant la percussion sur une dent implantée, peut-on constater l'existence du même son que celui qui existe à l'état naturel ?

Je demanderai à mes collègues si quelques-uns d'entre eux ont fait une semblable remarque.

### Discussion.

*M. Choquet.* — Pour une dent réimplantée, même lorsqu'on semble avoir un succès complet, le son est absolument différent, en ce sens que, lorsqu'il n'y a pas ébranlement, le son est naturellement clair, beaucoup plus clair que le son rendu par les dents voisines.

Je parle d'une réimplantation semblant vouloir tenir. Maintenant pour la dent qui présenterait un certain degré de mobilité, la matité du son est diffuse, en ce sens qu'au lieu d'obtenir un son clair on obtient un son diffus beaucoup plus bas.

*M. Meng.* — En 1889, au Congrès dentaire tenu à cette époque, j'ai montré un deuxième cas d'implantation que j'avais pratiqué. Le premier cas remonte au mois de mars 1887, le deuxième est du mois de juin ; en 1889, tous les deux étaient solides. A la percussion on reconnaissait bien que le son était clair. Ces deux cas ont duré en raison de la valeur ; la première dent implantée était la dent d'un jeune enfant de quatorze ans, elle a duré deux ans ; la seconde était la dent d'une religieuse de trente ans ; elle a duré sept ans. Lorsque la dent est tombée, il a dû rester quelque chose ; la personne était à Bordeaux, elle est allée voir un dentiste qui a arraché la dent. La racine était érodée ; la malade a conté l'histoire au dentiste qui a cru qu'elle se moquait de lui.

*M. Choquet.* — Je viens d'examiner la couronne de la dent ; elle correspond en tous points à celle que j'ai eue entre les mains, que j'ai décrite dans le numéro de *L'Odontologie* de février 1896. Cette dent était une des premières faites par Younger, en Amérique. Elle a tenu, si je me souviens bien, trois ou quatre ans ; en mangeant une croûte de pain, — je suivais le sujet depuis trois ou quatre ans, — la couronne est restée dans la bouche. L'aspect microscopique présente les mêmes caractères probablement occasionnés par de l'ostéite raréfiante ; la racine est restée en place, occasionnant par la suite le cortège de phénomènes que nous connaissons tous, d'abcès, de fluxions, etc.

*M. Mendel-Joseph.* — Ce qui est caractéristique, c'est le processus de résorption qui suit ces expériences d'implantation. Pour moi, j'ai eu l'occasion de faire des expériences d'implantation et de réimplantation, et j'ai toujours trouvé que la consolidation a été suivie d'un son très net, qui était essentiellement différent du son qu'on obtient en effectuant la percussion d'une dent normale.

Je pose la question pour savoir si la chose est, ou non, bien ainsi.

J'estime d'ailleurs qu'il y a deux choses à distinguer dans les réimplantations comme dans les transplantations ; elles donnaient le même signe, le son absolument net, ce qui indiquait qu'il y avait toujours, dans ces cas soumis à mon observation, une soudure parfaitement homogène constituée entre le tissu cémentaire et le tissu osseux. Ce qui donnait le signe sourd, la percussion de la dent normale, c'était l'interposition entre le tissu osseux et la couronne d'une membrane molle qui assourdissait le son. Chaque fois que j'ai examiné un cas pareil,

j'ai obtenu un son net caractéristique. C'est surtout sur ce point que j'insiste particulièrement, et que j'aurais été heureux que les confrères qui le peuvent apportassent quelques éclaircissements, afin d'élucider ce problème.

*M. Meng.* — En 1886-87, je ne sais au juste, dans le *Dental Cosmos*, un Américain a publié une relation dans laquelle il dit que, pour ne pas avoir l'ennui de traiter les dents, il les arrachait et les réimplantait. Le succès était immédiat ; il n'avait pas d'ennuis, de fluxions, d'abcès, etc. Il faisait les choses aussi antiseptiquement qu'il était possible ; seulement, au bout de deux ou trois ans, il montrait toute une série de dents dont les couronnes et les racines ressemblaient à celles qui nous sont présentées aujourd'hui.

Nous pouvons déduire de cela que la réimplantation, la transplantation et l'implantation ne dépendent nullement du périoste ; ce sont des cellules osseuses qui se déposent sur les racines et maintiennent mécaniquement la soudure de la dent. La dent n'est plus qu'une chose tolérée.

*M. Mendel-Joseph.* — C'est l'opinion que l'expérience m'a enseignée.

*M. Choquet.* — Je veux faire encore une petite observation à M. Mendel-Joseph ; nous avons été tout à l'heure du même avis au sujet du son produit dans les cas de réimplantation et de transplantation ; maintenant je ne suis pas de son avis au sujet de l'implantation proprement dite, au sujet de la matité, au point de vue de la percussion. Nous sommes bien du même avis que, dans une dent réimplantée ou dans une dent transplantée, lorsque la consolidation est effectuée, si l'on percute cette dent et si l'on compare le son obtenu au son produit par les dents voisines, on a un son plus clair. Dans les dents implantées le même phénomène ne se produit pas ; nous avons une matité très nette et très franche. Je ne me base pas sur un client, mais sur un chien. Je m'empresse d'ailleurs de dire que j'ai eu un insuccès complet dans un cas d'implantation. Il y a eu une période de consolidation très lente ; la période de consolidation vraie a duré deux mois à peu près ; la première période avait duré quatre mois. Lorsqu'on percutait cette dent par rapport aux dents voisines, au lieu d'obtenir le son clair que nous obtenions sur la dent normale, nous avions un son beaucoup plus bas.

Quant à la théorie de M. Meng et au phénomène de consolidation apparente qui vient à se produire dans le cas de greffe, il tient simplement à des phénomènes alternatifs d'ostéite raréfiante et condensante. Mais le résultat sera mauvais au bout d'un temps plus ou moins long. Il y a là une question de milieu organique, mais même dans un organisme présentant le maximum de résistance, nous aurons des résultats temporaires. Quant à obtenir des résultats parfaits, définitifs, nous n'en aurons jamais, je crois.

*M. Cecconi.* — Je vais vous relater un fait qui s'est produit chez moi. J'ai trouvé, en fait de résistance, un cas exceptionnel. J'ai eu un malade qui avait une bouche en très mauvais état. J'ai fait une réimplantation, et la dent réimplantée était sans nul doute la meilleure de la bouche. Il y avait un quatrième degré ; je n'avais pas même l'intention de faire la réimplantation. Cependant j'ai extrait la dent et j'ai dit à mon patient : « Si vous voulez, je vais la remettre ». J'ai obturé la carie et j'ai remis la dent. Puis j'ai été amené à poser un appareil, et j'ai placé mon anneau sur la dent réimplantée. Sept ans après, j'ai revu le malade, la dent tenait très bien, et le malade me disait : « C'est ma meilleure dent ». Vous voyez que la consolidation était satisfaisante.

*M. Sauvez.* — C'était peut-être l'anneau qui la maintenait.

*M. Meng.* — La dent était vieille et ne s'usait pas si vite qu'une dent jeune.

*M. de Croës.* — Au point de vue de la durée, je puis dire que j'ai fait une réimplantation entre autres qui a duré dix ans. La personne, qui habitait le Luxembourg, m'a renvoyé sa dent. J'ai eu l'occasion de remarquer que c'est généralement chez les personnes âgées que les dents réimplantées durent le plus longtemps. J'ai fait une réimplantation chez un jeune homme de dix-sept à dix-huit ans ; elle a duré trois ans. La dent est tombée ces jours-ci ; une partie de la couronne n'a pu être enlevée ; j'ai fraisé longuement, la dent est partie ; la couronne était comme celle-là, tout abîmée et présentait une cémentite raréfiée ; je crois que chaque fois qu'on fera une réimplantation chez un sujet de trente-cinq ans par exemple on aura des chances de durée plus grandes que chez un jeune homme.

*M. Prevel.* — On a beaucoup plus de chances de réussite avec une réimplantation qu'avec une implantation, je le crois sincèrement, les dispositions de l'alvéole étant préférables. L'alvéole dans l'implantation est fait artificiellement, tandis que, dans la réimplantation, l'alvéole est tout préparé, ce qui donne plus de chances de succès.

*M. Meng.* — Vous avez toujours des succès dans l'implantation parce que l'alvéole que vous creusez n'est jamais exactement du diamètre de la racine ; fatalement il y a un écart, et c'est par cet écart que le pus peut s'écouler. Les Américains, bien avant l'implantation, avaient reconnu l'utilité de ce léger vide, qu'ils ménageaient pour que l'adaptation ne fût pas complète ; autrement la suppuration persistait. J'ai fait, quant à moi, deux implantations ; je n'ai pas voulu en faire davantage ; d'ailleurs il est difficile de trouver un patient qui veuille se laisser faire. Dans la réimplantation vous avez souvent des ennuis, dans l'implantation je n'en ai jamais eu.

Vous pouvez voir que Magitot disait que, dans la réimplantation ou greffe dentaire, il avait souvent de petits accidents. Le patient venait se plaindre ; on lui faisait un badigeonnage de teinture d'iode,

et le malade repartait. Puis, et c'est ce que je tiens à faire ressortir, il ne les voyait plus ; il supposait qu'ils étaient guéris... Or le malade allait souvent chez un dentiste voisin pour se faire arracher la dent réimplantée...

*M. Mendel-Joseph.* — Il y a quelque chose d'intéressant qui ressort de cette discussion. M. Meng vient d'indiquer un fait que je trouve vrai et intéressant, parce qu'il s'explique par l'hypothèse, je n'oserais pas dire par le principe, que je donne à l'explication du mécanisme de la consolidation. M. Meng vient de dire que les dents jeunes, lorsqu'on les implante, durent beaucoup moins que les dents âgées ; cela s'explique très facilement. Lorsqu'on implante les dents jeunes, la structure étant moins dense, le processus de résorption se continue d'une façon progressive, jusqu'à l'absorption complète de la racine, et ce travail se fait beaucoup plus rapidement dans un tissu jeune que dans un tissu âgé. Au contraire, lorsque vous implantez une dent à tissu parfaitement dense, le travail de résorption se produit avec d'autant plus de difficulté que le tissu est plus résistant; le travail de résorption se fait plus lentement, et comme il n'y a ici qu'un processus d'ostéite commençante au début et raréfiante à la fin, plus il y a de tissu, plus la durée est longue.

M. de Croës vient de nous apporter justement une affirmation qui correspond parfaitement à ces idées. Il nous a dit que chez les personnes plus âgées la durée semble plus longue ; évidemment chez une personne âgée, les échanges nutritifs sont moins actifs que chez une personne jeune, et le processus de résorption est moins grand. Voilà deux faits qui concordent. Tout se réduit en dernière analyse au travail d'ossification commençant, ou au travail de résorption final.

C'est une raison de plus pour admettre que tout le mécanisme de consolidation réside essentiellement dans le phénomène d'ossification au début et de résorption à la fin. Je voulais souligner ces deux faits.

*M. Cecconi.* — Qu'entendez-vous par une personne jeune, une dent jeune ?

*M. Meng.* — La dent d'une personne de seize ans est plus jeune que la dent d'une personne de trente-deux ans.

## VII. — Quelques mots sur la méthode de Christiensen par M. Mendel-Joseph.

*M. Mendel-Joseph.* — Je voudrais présenter un petit procédé, ayant pour but d'obtenir une articulation parfaite dans l'exécution des couronnes. Le mot *parfait* doit être employé généralement avec une grande prudence ; je crois cependant qu'ici il peut être employé, autant du moins que la perfection peut être dans les œuvres humaines.

Ce procédé consiste dans la formation d'un anneau, ensuite dans la prise de l'articulation ; une fois l'articulation prise, vous coulez dans un articulateur comme ceux que vous connaissez, et vous façonnez votre articulation telle qu'elle devrait exister à la fin de l'opération. Lorsque vous avez façonné la partie triturante, la partie supérieure avec de la cire, vous mettez dans le plâtre ; après avoir obtenu la consolidation, la solidification du plâtre, vous enlevez la cire, vous prenez de l'or fin à 60, et, avec cet appareil, vous introduisez votre plâtre d'abord, ensuite vous vous servez d'un petit tampon spécial destiné à produire la compression. Vous exercez une pression ; au bout de quelque temps vous avez une adaptation parfaite de votre feuille ; vous n'avez qu'à retirer et à souder ; vous obtenez ainsi une reproduction parfaite de la face triturante.

Il n'y a pas là une grande découverte, mais nous devons nous intéresser à toutes les modifications de l'art dentaire et c'est à ce point de vue que j'ai cru utile de vous présenter ce travail.

## Discussion.

*M. Platschick.* — Il me semble qu'un inconvénient de cette méthode c'est que, les feuilles d'or employées étant très minces, on reconstituera de la sorte la face triturante presque uniquement avec de la soudure. Et quand M. Mendel-Joseph vient nous dire que la couronne sera parfaite, je ferai remarquer qu'à la moindre retouche on tombera sur la soudure.

*M. Mendel-Joseph.* — Je présente cette méthode parce que je considère que c'est une nouveauté ; je ne défends pas ce procédé, mais je pense que, pour l'anneau et la partie triturante, si l'on emploie de l'or fin, on peut aussi se servir d'or ordinaire. Quelle que soit la feuille d'or, il faut une soudure et cela s'oxydera fatalement.

Il est préférable d'avoir de l'or ordinaire sur la surface triturante.

*M. Platschick.* — Il est préférable d'avoir une feuille d'or plus épaisse, mais au moins aussi épaisse. Je connais cet appareil, je m'en suis servi il y a deux ans environ ; c'est le même appareil qui sert pour faire les plaques.

*M. Mendel-Joseph.* — J'ai appliqué deux fois le système.

*M. Platschick.* — Une couronne à 18 carats se sulfure, change de teinte et n'a pas l'aspect d'une aurification.

*M. le Dr Sauvez.* — M. Christiensen répondra sans doute à l'objection de M. Platschick, et nous donnera des explications. Du reste une couronne doit être articulée avant d'être fixée.

Je remercie M. Mendel-Joseph au nom de la Société ; je ferai remarquer que nous devons le plus possible apporter de ces petites

nouveautés ; ce ne sont pas parfois les présentations les plus complexes, mais les choses pratiques qui nous servent le plus.

### VIII. — Présentation d'une tablette aseptique, par la maison Reymond, frères.

*Le représentant de MM. Reymond frères.* — Messieurs, je ne vous apporte certes pas quelque chose de comparable à la communication que vous avez entendue tout à l'heure, mais simplement quelque chose de pratique. Depuis quelque temps nous faisons une tablette hygiénique très simple. Plusieurs clients nous avaient fait remarquer qu'à la tablette ordinaire il manque un tiroir. Nous avons, pour répondre à ce desideratum, construit une planchette double réunie par quatre colonnettes. Entre les deux tablettes il y a un tiroir, maintenu par deux points d'arrêt ; ce tiroir ne présente pas d'autres dispositions qu'une cuvette pour excavateurs. On peut, sur demande, en varier les dispositions. L'un de vous, tout à l'heure, me demandait un dispositif pour placer les fraises ; on pourrait par exemple disposer à cet effet un plan incliné.

La maison Reymond m'a chargé de faire don à l'Ecole de la tablette que je vous présente ici. (*Applaudissements.*)

### Discussion.

*M. Cecconi.* — La tablette me paraît petite.

Le *représentant de MM. Reymond frères.* — Nous avons pensé qu'il n'était pas indispensable de rester dans les formes anciennes, et qu'il était préférable de diminuer le volume et par conséquent le poids.

*M. Siffre.* — Cette tablette est élégante, mais on pourrait peut-être lui donner un autre nom que tablette aseptique ; je ne vois pas en effet comment on pourrait l'aseptiser facilement.

*M. Sauvez.* — Après avoir critiqué, il est juste d'observer qu'il y a là un effort vers une amélioration. C'est un appareil coquet. Pour le volume il est évident qu'on pourrrit agrandir la tablette. Quant à la critique de notre ami Siffre, à côté de ces affreux tiroirs de bois qui contenaient la poussière de plusieurs générations de dentistes, ces petites plaques de métal, que nous pourrions faire bouillir, constituent évidemment une amélioration.

Au point de vue historique je regrette beaucoup que M. Godon ne soit pas là. Je me rappelle avoir vu chez lui une tablette en métal sans plaque de verre. Il a beaucoup étudié ces questions. Je les ai souvent discutées avec lui. Le reproche que je ferais à cette tablette, c'est qu'elle est extrêmement pesante ; quand vous la mettez sur un levier, il finit par se fatiguer. J'ai remplacé cela par un meuble à portée de mon bras.

*M. Siffre.* — Je n'ai pas parlé dans un but de critique, mais dans un but d'excitation à l'amélioration matérielle; si les fournisseurs veulent bien se lancer dans cette voie de nous donner des instruments stérilisables, il faut leur dire ce que nous désirons. Il est évident qu'il serait difficile d'aseptiser cette tablette avec ses angles droits et ses ornements. Il me semble que la tablette de verre qu'un coup d'éponge nettoie est le rêve à cet égard.

*M. Sauvez.* — Je remercie la maison Reymond, au nom de la Société d'Odontologie, pour sa présentation intéressante.

La séance est levée à 11 h. 20.

*Le secrétaire général,*
MENDEL-JOSEPH.



# JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE

*L'Odontologie fait traiter ici par son collaborateur spécial les questions de jurisprudence que ses lecteurs désirent faire élucider.*

Conseil de prud'hommes. — Incompétence. — Mécanicien-dentiste. — Non ouvrier. — Chirurgien-dentiste. — Assimilation au médecin. — Profession libérale sans caractère commercial.

*Tribunal de commerce de Brest,* 12 *janvier* 1901.

Les décrets des 11 juin 1809 et 20 février 1810 réglementent le fonctionnement du Conseil des prud'hommes.

Nul n'est justiciable du Conseil des prud'hommes, s'il n'est marchand, fabricant, chef d'atelier, contremaître, ouvrier, compagnon ou apprenti.

Quelles que soient les industries comprises dans les tableaux annexés aux décrets d'établissement des Conseils de prud'hommes, la compétence de ces Conseils ne peut légalement leur être étendue, si elles ne constituent pas par elles-mêmes une industrie s'appliquant à une fabrication.

Le mécanicien-dentiste, employé pour faire tous les travaux concernant la prothèse dentaire, doit faire toutes les opérations de cette spécialité : prendre les mesures nécessaires à l'adaptation des dentiers, moulage des gencives, ajustage des dents ou des dentiers complets, etc. ; poser les divers appareils y relatifs. Exerçant dans ces conditions, il ne peut être considéré comme un ouvrier, — alors surtout qu'il s'intitule chirurgien-dentiste sur ses cartes de visite et qu'il était, à ce titre, inscrit au rôle des patentes, le 1er janvier 1892, — et il ne peut être justiciable du Conseil des prud'hommes.

D'autre part, le chirurgien-dentiste, lorsque, en dehors des soins hygiéniques de la bouche, il fait de la prothèse dentaire, remplace les dents, mais ne les fabrique pas. Il est assimilable au médecin, et ne peut être considéré comme marchand-fabricant ni comme chef d'atelier.

Il exerce une profession libérale, et le Conseil des prud'hommes est incompétent *ratione materiæ.*

La prothèse dentaire, que font la plupart des chirurgiens-dentistes, est un des accessoires de la profession, aussi bien que la vente des poudres et de l'eau dentifrice de leur composition.

Il est de jurisprudence constante de considérer les dentistes comme exerçant une profession libérale sans aucun caractère commercial.

(*Hélot* contre *Legros.*)

Le Tribunal de commerce de Brest a rendu le jugement suivant :

Le tribunal,

Attendu que, par exploit de Me Tauguy, huissier à Brest, en date du 20 juillet 1900, *M. A. Hélot*, chirurgien-dentiste, a donné assignation à *M. Albert Legros*, mécanicien-dentiste, demeurant à Brest, pour : Attendu que le requérant interjette appel par les présentes de jugements rendus par le *Bureau général du Conseil des prud'hommes de Brest*, les 31 mai et 21 juin 1900, par les motifs déduits aux dits jugements, voir recevoir *M. Hélot* appelant; dire que les jugements susénoncés seront annulés ; décharger le requérant des condamnations prononcées contre lui; dire que le sieur *Legros* sera non recevable, en tous cas mal fondé dans sa demande; ordonner la restitution de l'amende consignée; condamner *Legros* en tous les dépens; — *En droit* : — Attendu que l'assignation est régulière en la forme ; — Que la connaissance de l'appel des sentences des *Conseils des prud'hommes* est attribuée aux tribunaux de commerce par l'article 13 de la loi des 1er juin 1853 sur l'établissement et la juridiction des Conseils de prud'hommes, lorsque le chiffre de la demande est supérieure à la somme de 200 francs; que la demande est indéterminée; — Attendu qu'en l'espèce *M. Hélot* conteste la compétence du Conseil des prud'hommes pour connaître du différend existant entre lui et *M. Legros* ; que sa demande d'appel doit être accueillie ; — *En fait* : — Attendu que, par conventions verbales en date du 19 décembre 1898, intervenues entre *MM. Hélot* et *Legros*, ce dernier s'engagea à exécuter pour le compte de *M. Hélot*, dans son atelier, tous les travaux concernant la prothèse dentaire qui lui auraient été confiés, moyennant un paiement hebdomadaire de 70 francs, tout d'abord, et de 75 francs, après un an de séjour dans la maison; *M. Legros* devait consacrer tout son temps à la disposition de *M. Hélot*, tous les jours, ceux fériés exceptés, de 8 heures du matin à midi et de 1 heure à 6 heures du soir; cet engagement étant consenti et accepté pour une période de 2 années, du 1er janvier 1899 au 1er janvier 1901, mais avec faculté réciproque de résiliation, trimestriellement, en prévenant 3 mois à l'avance par lettre recommandée, en spécifiant, toutefois, que *M. Legros* s'interdisait pendant 2 ans de travailler dans le *département du Finistère ; Hélot*, en cas de résiliation de sa part, devait payer à *Legros* son voyage de retour à *Paris* ; — Attendu que, le 20 février 1900, *Hélot*, se conformant au préavis stipulé, prévint *Legros* qu'il lui donnait congé pour le 20 mai suivant; — Que, le 20 mai, il lui remit une somme de 75 francs en mandat sur la poste, pour salaire de sa dernière semaine; mais, que *Legros*, se basant sur une des clauses prévues au contrat verbal, réclama alors les frais de voyage pour retour à Paris; — Attendu que *M. Hélot*, ne trouvant pas cette demande justifiée, fit observer à

*M. Legros* que les frais de retour lui eussent été dus, si ce dernier avait quitté *Brest*, et qu'il était tout prêt à les lui payer en ce cas ; mais que, *M. Legros* s'étant fixé à *Brest*, il ne croyait pas devoir les lui donner en ce moment ; — Attendu que *M. Legros*, n'obtenant pas satisfaction sur ce point, laissa à l'atelier sur une table le mandant de 75 francs qui lui avait été remis par *M. Hélot* et intenta, à la date du 22 mai, une action contre ce dernier, devant le *Conseil des prud'hommes*, en paiement de : 1° salaire d'une semaine de travail, 75 francs ; 2° frais de retour à *Paris*, 45 francs ; 3° préjudice causé pour perte de temps, 75 francs ; soit 195 francs ; — Attendu, cependant, que *Hélot*, trouvant, à l'endroit où il avait été laissé volontairement par *Legros*, le mandat de 75 francs représentant le salaire d'une semaine de travail, le lui fit remettre immédiatement, le 20 mai ; puis, répondant à l'assignation qui lui avait été donnée, il fit savoir à *Legros*, le 23 mai, qu'il ne se présenterait pas devant le *Conseil des prud'hommes*, et lui remit en même temps, pour clore l'incident, une somme de 45 francs en un mandat-poste, pour frais de retour à *Paris*, mandat qui fut encaissé par *Legros*, le 28 mai, au bureau principal de *Brest ;* — Attendu que, néanmoins, *M. Hélot* fut de nouveau cité, le 29 mai, à comparaître, le 31 du même mois, devant le *Bureau général des prud'hommes*, pour s'entendre condamner à payer : 1° une somme de 45 francs ; 2° une somme de 75 francs pour indemnité de perte de temps ; — Qu'à cette audience, *M. Legros*, modifiant ses conclusions, fit savoir au *Bureau général* qu'il avait reçu la somme de 45 francs primitivement réclamée, et maintenait sa demande de 75 francs pour indemnité ; — *M. Hélot*, n'ayant pas comparu ni personne pour lui, fut condamné par défaut au paiement de la somme de 75 francs et aux dépens, par jugement du 31 mai, modifié le 16 juin suivant ; — Attendu que *M. Hélot* fit opposition à ce jugement, le 18 juin, et que la cause revint devant le *Conseil des prud'hommes*, le 21 juin ; — Attendu qu'à cette audience, le requérant, déposant des conclusions tendant à établir que *M. Legros* ni lui n'étaient justiciables du *Conseil des prud'hommes*, à raison de la matière, demanda au dit *Conseil* de se déclarer incompétent et, subsidiairement, au fond, de rapporter le jugement du 31 mai, *M. Legros* ayant été désintéressé en temps opportun des sommes qui lui étaient dues et n'ayant subi, par suite, aucun préjudice ; que c'est, au contraire, lui, *Hélot*, qui avait eu à souffrir des agissements de *Legros* ; — Que, pour ce fait, il fit une demande reconventionnelle de 250 francs ; — Le *Conseil*, rejetant les conclusions sus-énoncées, se déclara compétent et confirma le jugement du 31 mai 1900, sur la compétence du *Conseil des prud'hommes* ; — Attendu que les décrets des 11 juin 1809 et 20 février 1810 réglementent le fonctionnement du *Conseil des prud'hommes* ; qu'aux termes de l'article 10 de ce dernier décret, nul n'est justiciable du *Conseil des prud'hommes*, s'il n'est marchand, fabricant, chef d'atelier contremaître, ouvrier, compagnon ou apprenti ; — Attendu que, lorsque en exécution de l'article 34 de la loi du 18 mars 1806, des Conseils des prud'hommes ont été établis dans les villes où le gouvernement l'a jugé nécessaire, les décrets d'établissement ont déterminé les différentes industries se rat-

tachant à celles pour lesquelles, ils auraient été institués ; mais, quelles que soient les industries comprises dans les tableaux annexés à ces décrets, la compétence des *Conseils des prud'hommes* ne peut légalement leur être étendue, si elles ne constituent pas par elles-mêmes une industrie s'appliquant à une fabrication ; — Attendu que *Legros* était employé chez *Hélot* en qualité de mécanicien-dentiste pour faire tous les travaux concernant la prothèse dentaire ; — Que les attributions de *Legros*, par le fait de son engagement, consistaient, par suite, à faire toutes les opérations de cette spécialité, c'est-à-dire à prendre les mesures nécessaires à l'adaptation des dentiers, suivant la bouche des clients, telles que moulage des gencives, ajustage des dents ou des dentiers complets, etc., et à poser les divers appareils y relatifs ; — Attendu que celui qui exerce dans ces conditions ne peut équitablement être considéré comme un ouvrier, dans le sens applicable à cette détermination ; — Qu'il est de toute évidence qu'il lui a fallu faire des études absolument spéciales ; qu'il ne peut être compris dans aucune des catégories indiquées dans le tableau des décrets d'établissement des prud'hommes à *Brest*, en date des 5 décembre 1866 et 28 novembre 1869 ; — Que l'appellation de mécanicien, qui s'y trouve insérée sous le titre de la 1re catégorie, est évidemment relative aux ouvriers exerçant ou la profession de mécanicien proprement dite, conducteur de machine, etc., ou celle de mécanicien-ajusteur, dont le travail consiste à dresser et mettre au point des pièces de fer préalablement forgées ; — Attendu qu'il y a rien de commun entre ces divers travaux et ceux que faisait *Legros* chez *Hélot* ; — Que, d'ailleurs, *Legros* est « chirurgien-dentiste », ainsi qu'il le désigne lui-même sur ses cartes de visite ; que, de plus, il est avéré qu'il était inscrit en cette qualité au rôle de la commune de *Bapaume (Pas-de-Calais)*, à la patente du 1er janvier 1892 ; — Qu'il en résulte que *Legros* ne peut être justiciable du Conseil des prud'hommes *(Arrêt de la Cour de Toulouse du 27 nov. 1891)* ; — Mais attendu, en outre, que, en ce qui concerne *Hélot*, l'article 10 du décret du 20 février 1810 est absolument limitatif ; — Qu'il faut être marchand, fabricant ou chef d'atelier, pour être soumis à la juridiction des prud'hommes ; — Attendu que *M. Hélot* est chirurgien-dentiste ; que sa principale attribution consiste en soins hygiéniques de la bouche ; mais que l'exercice de sa profession a dans son application trois objets principaux : réparer, extraire, remplacer ; — Attendu que c'est à cette opération que se rapporte la prothèse dentaire ; — Que la prothèse dentaire, dans son sens général, est l'addition artificielle d'une partie sur le corps humain, à la place de celle qui manque ; — Que cette définition détermine bien l'objet des travaux de *M. Hélot*, qui consiste, par conséquent, à remplacer les dents, et non à les fabriquer ; — Attendu qu'il y a lieu de faire une distinction entre celui qui fabrique les appareils destinés à la prothèse et celui qui met ces appareils en usage, en y faisant les adaptations nécessaires ; — Que, dans cet ordre d'idées, *Hélot* est assimilable au médecin, qui fait fabriquer un objet d'orthopédie et qui en fait l'application sur le malade ; de même, à un médecin occuliste, qui vend à ses clients des lunettes et des yeux artificiels, dont il n'est pas fabricant ; — Attendu

que *Hélot* apporte la preuve au tribunal qu'il achète tous les appareils qu'il livre à ses clients chez divers fournisseurs, fabricants ; — Qu'il ne peut, par conséquent, être considéré comme marchand-fabricant ; — Que l'atelier qui lui est nécessaire pour rectifier certains appareils n'est pas un atelier, dans le sens propre du mot, mais constitue simplement un nécessaire de sa profession ; — Qu'il n'est donc pas davantage chef d'atelier que marchand fabricant ; — Qu'il exerce une profession dite libérale ; — Que le *Conseil des prud'hommes* est donc incompétent *ratione materiæ ; — Sur le fond :* — Attendu que les tribunaux de commerce ont été institués pour connaître des différends entre commerçants ; — Attendu que, sous l'article 632 du Code de commerce, au supplément de *Dalloz*, n° 19647, on lit ce qui suit : « Le » dentiste ne saurait être rangé au nombre de ceux qui exercent la » profession commerciale, son art consistant dans un travail qui lui est » tout personnel, et non dans une spéculation sur les objets qu'il achète » pour la pratiquer » ; — attendu que *Legros* prétend que *Hélot* spécule surtout sur les objets que ce dernier achète pour les revendre après transformation ; que c'est là la plus grande source de bénéfices de la maison ; — Que, pour le démontrer, il demande la production de la comptabilité tenue par *Hélot* ; — Attendu que l'examen des livres a démontré l'inanité de cette assertion ; — Que, bien au contraire, sur un chiffre de 93103 fr. 50 fait pendant les années 1898, 1899 et 1900, on constate une recette de 63266 fr. 50 sous le titre : *dentisterie*, et seulement de 29831 fr. sous celui de : *prothèse ;* — Attendu que la plupart des chirurgiens-dentistes font de la prothèse dentaire, puisque c'est là l'un des accessoires de leur profession, aussi bien que la vente de poudres et d'eau dentifrice de leur composition ; — Attendu qu'il est de jurisprudence constante de les considérer comme exerçant une profession libérale sans aucun caractère commercial, ainsi qu'il est expliqué dans le jugement rendu par M. le juge de paix du 1er canton de Brest, en date du 10 novembre 1900, ordonnant la radiation du nom de *M. Hélot* sur les listes électorales du tribunal de commerce, de la Chambre de commerce et du Conseil des prud'hommes ; — Par ces motifs : — Statuant par jugement en dernier ressort ; — Casse les jugements rendus par le *Bureau général du Conseil des Prud'hommes de Brest*, les 31 mai et 21 juin 1900 ; — Se déclare incompétent pour statuer sur le fond du litige ; — Remet la cause en l'état où elle se trouvait, au moment de l'introduction de la 1re instance ; — Renvoie les parties devant les juges qui doivent en connaître ; — Condamne *Legros* aux dépens, qui comprendront : 1° les frais de 1re instance ; 2° ceux d'appel...

*Note.* — Nous avons traité la question tout au long dans *L'Odontologie* (V. 1901, I. 81), et ce sont nos arguments que nous trouvons reproduits dans le jugement du *tribunal de commerce de Brest.*

Cette solution, ce nous semble, ne saurait désormais faire doute.

F. W.


LABORATOIRE
SPÉCIAL DE PROTHÈSE
B. PLATSCHICK
SERVICE TRÈS RAPIDE pour la PROVINCE
3
RUE
VENTADOUR
PARIS
222-82. Téléphone, 222-82.



# INTÉRÊTS PROFESSIONNELS



## INSTITUT DE PÉDAGOGIE DENTAIRE

L'Institut de pédagogie dentaire des Etats-Unis, sorte de fédération qui a pour but le perfectionnement de l'enseignement des écoles dentaires et qui comprend trente-deux écoles américaines, a tenu sa 8e réunion annuelle à Nashville (Tennessee), les 27, 28 et 29 décembre 1900 ; vingt-quatre écoles y étaient représentées par des délégués. Il a adopté les résolutions suivantes :

1° Il a approuvé le rapport du Comité de l'Exposition de Paris de 1900 relatif à l'exposition collective dans le Palais des Arts libéraux de modèles, tableaux et travaux d'étudiants, fournis par 5 des écoles affiliées et groupés sous la rubrique *Institut de pédagogie dentaire* [1] ;

2° Il a approuvé un rapport du secrétaire relatif aux certificats de passage d'une école dans l'autre ;

3° Il a adopté les statuts.

Aux termes de ces statuts, l'Institut comprend un bureau et un Conseil exécutif élus lors de l'Assemblée annuelle.

Peuvent faire partie de l'Association les écoles honorables affiliées à l'Association nationale des Facultés dentaires. Les membres actifs sont les représentants dûment accrédités du corps enseignant de ces écoles.

Chaque école ne dispose que d'une voix.

La cotisation annuelle est de 10 dollars. Les demandes d'admission sont adressées par écrit au Conseil exécutif qui statue.

Le Conseil exécutif désigne un conservateur des exhibitions, qui à chaque réunion prend soin des objets présentés et en fait rapport.

Indépendamment de ces décisions l'Assemblée a entendu la lecture d'un certain nombre de communications techniques qui ont donné lieu à des discussions et qui avaient pour titre :

---

1. Cette exposition n'a pas eu l'importance et le succès qu'on pouvait espérer, parce que la Commission désignée à cet effet s'en est occupée un peu tard pour des raisons diverses ; d'autre part les écoles ont montré peu d'empressement à répondre (cinq seulement ont répondu) ; en outre l'Institut n'avait pas de représentant à Paris ; enfin, malgré l'accueil aimable fait par l'Administration de l'Exposition à sa demande, il n'a pas pu être accordé à l'Institut tout l'emplacement qu'il avait demandé. C'est ce qui explique que cette exposition a passé un peu inaperçue.

1° L'emploi du caoutchouc flexible dans l'enseignement de l'orthodontie et de la technique ;

2° L'enseignement de la matière médicale et de la thérapeutique ; méthode d'enseignement et quantité à enseigner ;

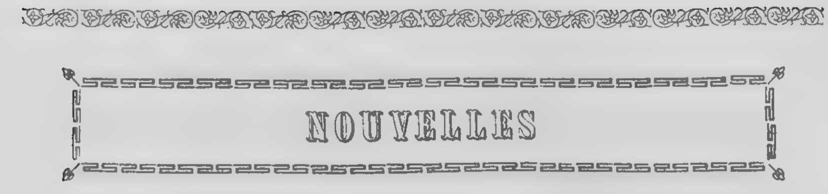
3° L'emploi des projections lumineuses pour l'enseignement de l'histologie dentaire dans ses rapports avec la dentisterie opératoire ;

4° La technique de la couronne et du travail à pont en métal et en porcelaine ;

5° Méthodes d'enseignement de la chirurgie de la bouche ;

6° Indications nouvelles pour l'enseignement de l'anatomie dentaire et de la technique opératoire.

La réunion suivante de l'Institut a eu lieu le 31 décembre 1901 à Pittsburg (Pensylvanie).




## Anniversaire de la mort de M. Lecaudey.

A l'occasion de l'anniversaire de la mort de M. Lecaudey, président-directeur honoraire de l'Ecole dentaire de Paris, une délégation du Conseil d'administration est allée porter une couronne sur sa tombe.

---

## Conseil général du groupement de l'Ecole dentaire de Paris.

Le Conseil général du groupement de l'Ecole dentaire de Paris a tenu une séance importante le mardi 25 février. Après une discussion générale très complète sur la politique professionnelle et le programme des travaux du groupement pour 1902, il a adopté une déclaration de principes.

Après un échange de vues au sujet des réunions de la Fédération dentaire nationale en avril à Paris, de la Section d'Odontologie, de l'Association française pour l'avancement des sciences à Montauban en août et de la Fédération dentaire internationale en août à Stockholm (Conseil exécutif, Commission internationale d'enseignement et Commission internationale des services dentaires publics), il a pris des décisions au sujet des délégations à envoyer à ces réunions.

Il a décidé également que, pour revenir aux traditions de l'Association générale des dentistes de France, une fête aura lieu en avril à l'occasion de la réunion de la Fédération dentaire nationale et de l'entrée des élèves de l'Association à titre de pupilles.

Cette fête comprendra, en outre des réunions professionnelles annoncées et d'une séance de démonstrations pratiques de la Société d'Odontologie, un grand banquet auquel seront conviés tous les membres de la Société.

Une Commission exécutive composée des trois présidents de la Société de l'Ecole, de l'Association générale et de la Société d'Odontologie, MM. Godon, Richard-Chauvin et Roy et de MM. Sauvez, Martinier, Viau et Lemerle, a été chargée de prendre toutes les décisions qui résultent de cette réunion du Conseil général du groupement.

*
* *

## Élections diverses.

Dans l'Assemblée générale du 15 février 1902, MM. Blatter, Cecconi et Devoucoux ont été élus membres du Conseil de direction de l'Association générale des dentistes de France pour un an ; MM. Billet, d'Argent, Godon, Lemerle, Richard-Chauvin, Rollin, Sauvez et Stévenin (Paris), Cohen, Delair et Richer (province) ont été élus pour deux ans.

*
* *

La Société d'Odontologie de Paris a constitué ainsi son bureau dans sa séance du 18 février 1902 : *Président,* M. Roy ; *Vice-présidents* : MM. Mendel-Joseph et Loup ; *Secrétaire général,* M. Touvet-Fanton ; *Secrétaires des séances,* MM. Charpentier et de Croës.

*
* *

Dans la réunion plénière du 15 février 1902 il a été procédé à l'élection du Comité de rédaction et d'administration de *L'Odontologie*. Les membres précédents ont été réélus, à l'exception de M. Heïdé, qui a été remplacé par M. le Dr Friteau et nommé principal collaborateur.

---

## Concours pour la nomination de trois dentistes-adjoints des hopitaux de Paris.

Un concours pour la nomination à trois places de dentiste-adjoint des hôpitaux de Paris sera ouvert le jeudi 1er mai 1902, à midi, à l'amphithéâtre de l'administration centrale de l'Assistance publique, avenue Victoria, 3.

Les docteurs en médecine qui voudront concourir se feront inscrire au Secrétariat général de l'administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, du mardi 1er avril au lundi 14 du même mois inclusivement.

---

## Conférence a Calais.

Nous apprenons que M. Léonce Joly, chirurgien-dentiste, a fait le 17 février à Calais une conférence sur l'art dentaire avec projections lumineuses.

Cet essai de vulgarisation a été très apprécié du monde universitaire présent à la soirée et le public a généralement goûté ce sujet nouveau pour lui.

Toutes nos félicitations à notre confrère.

22e ANNÉE. N° 5 15 MARS 1902 VOL. XXVII




**L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.**

## Travaux Originaux

### SUR LA PYORRHÉE ALVÉOLO-DENTAIRE

Par M. Ed. Touvet-Fanton.

*(Communication à la Société d'Odontologie de Paris. Séance du 18 février 1902.)*

*En donnant ce titre* à cette modeste communication nous avons peut-être commis une petite inexactitude, et c'est plutôt « *autour* de la pyorrhée » que nous aurions dû dire. C'est en effet un *point* de médecine générale que je désire effleurer ici, au sujet de l'affection dentaire qui nous préoccupe tous à un si haut degré, *point* qui, à ma connaissance, n'a pourtant pas encore été soulevé officiellement à ce propos, et dont je tiens à signaler l'importance.

Il est bien difficile d'ailleurs de toucher à cette question de la pyorrhée alvéolo-dentaire sans être tenu de l'envisager d'une façon générale.

Nous savons tous aujourd'hui, d'après notre propre expérience et par les travaux de nos devanciers, que nous devons considérer en effet la pyorrhée, non comme une affection exclusivement locale, comme le voulait Galippe,

mais la regarder au contraire avec Marchal de Calvi, Aguilhon de Sarran, etc... comme une affection « dont les causes sont assez complexes et doivent être recherchées souvent, *non* dans un état local de la bouche et des gencives, mais dans certaines conditions de la santé générale », dit Magitot cité et confirmé par notre maître éminent Paul Dubois dans son excellente étude de 1892.

Sans aucun doute les micro-organismes interviennent à leur tour, mais ils ne sont pas *cause*; et c'est du reste, je crois, maintenant à peu près l'opinion de tout le monde, de considérer la pyorrhée comme la manifestation locale d'un état général.

Mais, quelles sont ces « conditions de la santé générale », ces causes ? On a invoqué surtout la diathèse arthritique, en comprenant sous cette dénomination une foule d'affections qui ne sont pas nettement définies, comme on classe encore aujourd'hui sous la qualification de neurasthénie beaucoup de maladies nerveuses encore mal expliquées ; la forme rhumatismale surtout a été choisie à cause de son lieu d'élection sur les ligaments en général. On a invoqué le diabète, l'albuminurie, la nécrose, tout cela avec raison sans doute.

Mais on ne rencontre pas la pyorrhée alvéolaire seulement chez les rhumatisants, les goutteux et les diabétiques; on la trouve encore sur une quantité de neurasthéniques, surtout sur ceux-là; aussi, disait Magitot, « dans un certain » nombre de cas on ne la rencontre ni dans les conditions » locales de la bouche ni dans aucun désordre appréciable » de l'économie. »

Il semble en effet que toutes les causes même générales invoquées ne soient elles-mêmes qu'une multitude de cas particuliers d'une cause plus générale encore.

Or, voici qu'une thèse soulevée depuis peu par un éminent chimiste (je veux parler de M. Joulie, pharmacien des hôpitaux de Paris) paraît venir éclairer singulièrement notre sujet et fixer la conclusion générale qui n'était pas encore déduite.

Sans vous renvoyer à la lecture de la remarquable étude qu'a publiée M. Joulie en 1901 pour exposer cette thèse, je vais essayer, trop succinctement sans doute, de vous indiquer le résultat pratique de celle-ci : si vous analysez les urines d'un sujet bien portant, vous constatez qu'elles sont acides ; lorsque les urines sont alcalines, vous avez affaire à un sujet non seulement malade, mais encore à peu près perdu. Mais sans arriver à la réaction alcaline, les urines peuvent être *plus* ou *moins* acides.

Or, l'état de santé correspond à un certain degré d'acidité, à un coefficient, qui, s'il est dépassé, attribue au sujet un état hyperacide, ou qui, s'il n'est pas atteint, lui donne un état d'hypoacidité.....du sang qui nourrit son organisme, et dont l'excrément liquide, dirais-je presque, l'urine, n'est que l'expression chimique.

De là, la possibilité de retirer de l'analyse des urines, par les rapports urologiques, la constatation et le degré de certains états anormaux de l'économie.

Voyons maintenant quel résultat nous allons tirer de ces données. Je ne saurais mieux vous le faire apprécier qu'en extrayant le passage d'un article de l'éminent dermatologiste Morel-Lavallée, médecin des hôpitaux [1], article qui, bien qu'il soit écrit à un autre propos et qu'il n'envisage qu'au point de vue spécial de l'arthritisme la question plus générale posée par M. Joulie, nous aidera à faire entendre comment la thèse de celui-ci peut englober la pyorrhée alvéolaire et prendre une importance considérable au point de vue de la pathogénie et du traitement de cette affection.

« Pour cet auteur (M. Joulie) c'est à tort que l'on attribue à tous les » arthritiques une réaction hyperacide des humeurs et des tissus, l'a- » cide urique étant chez eux le grand coupable. Certes, il existe des » arthritiques qui rentrent dans ce cas, et chez ceux-là l'acide urique et

---

1. Décharge des précipités salins dans l'organisme vivant ; son rôle dans la genèse des affections arthropathiques du groupe arthritique, nutrition retardante et nutrition galopante. Traitement rationnel de la goutte et de l'arthritis. A. Morel-Lavallée, médecin des hôpitaux, 1er juillet 1901 (*Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*).

» les urates constituent bien réellement les *humeurs peccantes*. Chez » ceux-là il y a *diminution* des échanges organiques, abaissement des » oxydations ; ceux-là peuvent à bon droit qualifier de *ralentissement* » *de la nutrition* la source commune des maladies dont ils sont tribu- » taires : goutte, gravelle, migraine, asthme, hémorrhoïdes, etc. Mais » ceux-là, à en croire M. Joulie, ne formeraient qu'une minorité infime, » contrairement à l'opinion classique, et en face d'eux se dresse la » longue, l'interminable procession des HYPOACIDES, laquelle englobe la » presque totalité des arthritiques : 12 SUR 13, dit M. Joulie, car telle au- » rait été l'erreur commise ! Or, si les « hypoacides » ont droit à tou- » tes les affections rentrant dans le cadre du groupe *dit* arthritique, » tout comme les précédents, en revanche, la pathogénie est chez eux » inverse, à savoir *excès des oxydations*, *dépense excédant la recette*. » Dès lors, si l'auteur de cette théorie est dans le vrai, il est inconce- » vable que, par un excessif désir de conciliation peu compatible avec » la rigueur scientifique, il ait voulu faire rentrer ses hypoacides dans » le groupe des bradytrophiques ; il n'avait du reste qu'un mot à chan- » ger, et dire, à leur sujet VICE, au lieu de RETARD de la nutrition : » mais mieux encore eût valu avoir le courage de son opinion et décla- » rer, comme je l'ai fait depuis, que ces sujets relevaient d'une *nutri-* » *tion galopante*.

» Sans vouloir ici m'occuper des causes attribuées à cette hypoaci- » dité, voyons les affections dont elle est incriminée : cachexie gout- » teuse, maladies consomptives, rachitisme, *gravelle phosphatique et* » *oxalique*, dyspepsie hyperchlorhydrique, varices, hémorrhoïdes, » eczémas.

» Mais il est un point bien plus intéressant : au sommet de cette » échelle pathologique, M. Joulie inscrit le phénomène de la *précipi-* » *tation des sels du sérum chez le vivant*, phénomène que je n'ai trouvé » signalé nulle part, bien que je l'aie moi-même observé dans le cas » présent, imputable dans l'espèce à l'hypoacidité. Mais rien ne vaut » une citation littérale. Voici donc quelle est, en substance, cette con- » ception originale.

» Tandis que les acides épaississent le sang, qu'ils coagulent, les » alcalins le liquéfient ; devenu moins acide, le sang circulera donc plus » vite, d'où tachycardie [1]. L'hypoacidité, exagérant les oxydations, » augmente la température intérieure du corps, mais parmi ses consé- » quences il en est une qui peut, à elle seule, expliquer toutes les au- » tres.

» *C'est l'insolubilité dans le sang hypoacide* de l'oxalate de chaux et » *des phosphates alcalino-terreux* (de chaux et de magnésie) prove- » nant de la résorption des *os* ou de l'alimentation...

» Dans le sang normal, les oxalates et phosphates de chaux, le » phosphate de magnésie et même le phosphate ammoniaco-magnésien » sont en dissolution, grâce à l'acide carbonique qui se trouve en excès

---

1. Le pouls du réveil, au matin, est normalement, d'après M. Joulie, de 60 à 65. S'il dépasse ce chiffre, il y a hypoacidité d'autant plus intense qu'il le dépasse davantage.

» dans ce liquide, et qui maintient ces phosphates à l'état dephos-
» phates acides parfaitement solubles et dialisables : aussi leur est-il
» facile de s'éliminer par les reins et d'être excrétés avec l'urine.

» Mais que l'acidité carbonique, saturée par l'ammoniaque prove-
» nant de la désassimilation des matières azotées, vienne à diminuer à
» un certain degré, *les phosphates alcalino-terreux acides devien-*
» *dront phosphates* NEUTRES *ou phosphates* BASIQUES INSOLUBLES dans
» le sang, *et seront emportés* avec lui *dans la circulation* A L'ÉTAT
» DE SABLE MINÉRAL.

» Ce sable ira encombrer et même obstruer les capillaires dans cer-
» tains organes où il déterminera de la stase sanguine ou, tout au
» moins un ralentissement de la circulation avec dilatation des capil-
» laires sous l'influence de la pression cardiaque. Il en résultera des
» phénomènes plus ou moins inflammatoires et plus ou moins doulou-
» reux dans les organes où ces dépôts se seront produits. Le lieu d'é-
» lection de ces dépôts sablonneux dépendra évidemment de l'organi-
» sation spéciale de l'individu, et *la maladie observée prendra un*
» *nom différent suivant l'organe ainsi atteint.* Si ce sont les artè-
» res, le foie, le cœur, on aura des scléroses de ces organes avec
» toutes leurs conséquences. Dans le cristallin, le dépôt d'une cer-
» taine quantité fort minime évidemment de ces phosphates amè-
» nera la cataracte ; dans la rétine, la cécité en sera la conséquence
» fatale. Dans l'appareil auditif, les dépôts produiront la surdité.
» Dans les articulations, dans les muscles, ils développeront l'arthri-
» tisme, etc... »

Et plus loin : « La précipitation s'opère là où la circulation est le
» moins active.

» Or, quelles régions affecte cet extraordinaire processus !

» Les *extrémités*, celles où l'on recherche d'habitude le refroidisse-
» ment cyanotique par arrêt de la circulation en cas de mort appa-
» rente ou réelle : à savoir *la face*, et les points éloignés du centre
» circulatoire : nez, ORIFICE BUCCAL, oreilles, etc. »

Véritablement, ne serions-nous pas tentés d'ajouter à ces mots que, « la maladie ainsi observée, prenant un nom différent suivant l'organe atteint », cet organe pourra être la dent et son ligament, et la maladie s'appeler pyorrhée alvéolo-dentaire ? Et n'est-ce pas là un des phénomènes pathogéniques probables de la pyorrhée que « la précipitation en pleins tissus vivants des *phosphates* chez l'hypoacide, et des *urates* chez l'*hyperacide* », ou tout au moins, quelle que soit la forme qu'il prenne, l'apport localisé et anormal des matériaux de minéralisation ou des éléments producteurs de la sclérose ?

Il serait puéril évidemment de vouloir déduire ainsi *a prio-*

*ri* des phénomènes que l'expérience n'a pas encore démontrés, mais il était utile, je crois, d'attirer l'attention sur cette question, qui pourra peut-être éclairer différents points qui semblent bien être en rapport avec le processus décrit : les troubles circulatoires périphériques, la calcification de la pulpe, la minéralisation des tissus de la dent, à laquelle la vitalité du ligament alvéolo-dentaire est liée en en partie, la dégénérescence de ce ligament.

Quoi qu'il en soit, ce qui paraît indiscutable, c'est la nature de la cause générale, la cause des causes, dirais-je presque, de la pyorrhée, et l'on peut dire de celle-ci : *qu'elle n'est qu'une manifestation, un symptôme local de déséquilibre de la nutrition générale: surnutrition ou dénutrition,* situation générale qui peut se traduire par une affection révélée de l'organisme, mais qui peut exister également sans autres désordres APPRÉCIABLES de l'économie, pour employer les termes déjà cités de Magitot et venir expliquer le fait qui le déroutait.

Les faits eux-mêmes viennent à l'appui de cette thèse, et je suis persuadé en effet, avec Dubois, que c'est une erreur de prétendre que la pyorrhée débute par le collet de la dent. Je puis citer de nombreux cas d'observation personnelle de pyorrhée au début où, chez un sujet possesseur de dents saines et très soignées, la dent atteinte ne présente aucune trace de tartre ni de suppuration et possède cependant déjà une localisation perceptible de l'hyperémie du périoste.

Séduit par les idées nouvelles qui viennent d'être exposées, j'ai voulu me rendre compte de la relation susceptible d'exister entre la pyorrhée alvéolaire et l'état des urines des sujets atteints, au point de vue du taux de l'acidité et de la présence des phosphates. Or, depuis un an environ que je m'occupe de cette question, les analyses que j'ai fait faire selon la méthode spéciale Joulie, sur 17 cas, m'ont donné 16 hypoacides, et d'autre part 7 phosphaturies et 10 hypophosphaties.

On voit immédiatement les conséquences de la théorie

nouvelle au sujet du traitement général et de son retentissement sur la marche de la pyorrhée elle-même.

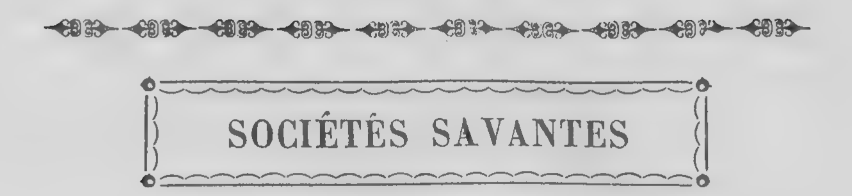
Combien de nos malades traités par les alcalins, et ils sont nombreux nos pyorrhéiques habitués de Vichy, ont dû contrecarrer par leur médication générale les bons effets de notre intervention localisée, eux qui en grande majorité déjà hypoacides et phosphaturiques, abaissaient ainsi encore davantage le taux de cette acidité et la proportion déjà insuffisante de leurs phosphates, alors qu'au contraire le traitement préconisé par l'auteur de la théorie nouvelle consiste à donner du phosphate de soude aux phosphaturiques, et des acides de préférence de l'acide phosphorique, aux hypoacides, pour ramener à son coefficient normal le taux d'acidité nécessaire au fluide nourricier !

Mais je ne veux pas entrer aujourd'hui dans les détails de cette question : en somme, toutes les observations que j'ai faites semblent confirmer la thèse de M. Joulie, dans ses rapports avec la pyorrhée alvéolo-dentaire ; mais ce n'est pas suffisant, et je fais appel à l'assiduité de tous nos confrères pour éclairer plus complètement ce sujet. Il nous faudrait surtout le concours des histologistes et des biologistes dans l'étude des coupes, l'examen des différents tissus de la dent, du périoste et de son entourage des extrémités vasculaires, des phénomènes de calcification, etc. Il faudrait contrôler aussi l'état de la salive : voir si la salive, elle-même anormale, subit des variations proportionnelles à celles des rapports urologiques.

Il y a ainsi, vous le voyez, une foule de questions à approfondir et pour cela il nous faut l'aide indispensable de la chimie et du microscope dans notre expérimentation.

Je n'ai voulu aujourd'hui que poser en quelque sorte un point d'orientation, je ne puis donner une solution plus avancée ; je travaille cette question depuis une année, j'ai réussi à faire quelques observations qui semblent affirmer la thèse urologique de M. Joulie dans ses rapports avec la

pyorrhée, et je vous demande de vouloir bien la contrôler avec moi car, je le répète, ce n'est aujourd'hui qu'un germe que je désire jeter parmi vous, comme dans un terrain essentiellement favorable à l'évolution de cette intéressante question.




## ACADÉMIE DES SCIENCES

Dans sa séance du lundi 10 février dernier, M. le professeur d'Arsonval a lu une note de MM. les Drs Didsbury et Regnier sur l'anesthésie de la bouche obtenue par la haute fréquence. Nous empruntons au *Bulletin médical* du 12 février les lignes suivantes qu'il consacre à cette question :

### SUR UN NOUVEAU PROCÉDÉ D'ANALGÉSIE DES DENTS A L'AIDE DE L'ÉLECTRICITÉ

Par MM. L.-R. Regnier,
Ancien interne des hôpitaux, chef du laboratoire d'électrothérapie de la Charité,
et
H. Didsbury,
dentiste des hôpitaux.

Trouver un anesthésique qui permît d'intervenir sans douleur dans toutes les opérations douloureuses du ressort de la chirurgie dentaire et qui, d'autre part, fût sans danger aucun pour le patient, tant pour sa santé générale que pour l'intégrité de l'organe traité, tel a été le but des recherches que nous avons entreprises à la Fondation Pereire. Nous venons aujourd'hui en exposer les premiers résultats.

Nous n'avons pas besoin d'insister sur les raisons qui, dans la pratique dentaire, contre-indiquent, en règle très générale, l'emploi des anesthésiques généraux (chloroforme, protoxyde d'azote, éther, bromure d'éthyle, etc.). En dehors même des dangers graves que ces agents peuvent faire courir, leur emploi, en pratique dentaire, se heurte à bon nombre d'autres inconvénients : nécessité d'être à jeun, d'avoir été ausculté préalablement par le médecin de la famille, consentement de cette dernière, retour du client chez lui sans un repos suffisant et sans surveillance, etc., etc.

Il reste les anesthésiques locaux ; la cocaïne, en injection, est le plus employé et le plus sérieux. Mais si elle n'est pas maniée suivant les principes que M. Reclus a établis, elle est dangereuse, même entre les mains d'un opérateur prudent. D'autre part, même bien employée, elle provoque souvent des malaises consécutifs et prolongés, qui sont une cause de préoccupations sérieuses pour le praticien.

L'anesthésie par applications externes (pulvérisations d'éther ou de chlorure d'éthyle, glace pilée, etc.) est toujours insuffisante pour une opération un peu importante et d'une certaine durée.

L'idéal serait d'avoir à sa disposition un procédé qui, sans demander aucune préparation spéciale du patient, sans exiger ni auscultation, ni examen même superficiel de la santé générale, permît d'intervenir sans douleur ni malaises consécutifs, et sans nécessiter un repos après l'opération.

C'est pour nous rapprocher autant qu'il est possible de cet idéal que nous avons entrepris ces recherches. L'agent auquel nous nous sommes attachés est l'électricité.

Des essais antérieurs aux nôtres avaient déjà établi la possibilité de diminuer la douleur de l'extraction dentaire au moyen de la faradisation. Ces tentatives, cependant, n'ont pas dû aboutir à des résultats très satisfaisants, puisque le procédé n'est pas entré dans la pratique. Mais les expériences du professeur d'Arsonval sur les propriétés physiologiques des courants de haute fréquence et de haute intensité lui ayant permis d'anesthésier la peau, nous avons pensé que ce procédé d'analgésie pourrait être utilisé en chirurgie dentaire.

Ce sont donc ces courants que nous avons employés dans le but : 1° de pratiquer sans douleur l'extraction des dents, le curettage de la dentine d'une carie non pénétrante, d'une chambre pulpaire ou d'un canal dentaire, et la réimplantation ; 2° d'ouvrir le sinus maxillaire, d'enlever l'épulis, et, d'une façon plus générale, de faire toutes les opérations douloureuses de pratique courante en chirurgie dentaire.

Nous nous limiterons, pour aujourd'hui, aux résultats que nous avons obtenus dans l'extraction dentaire.

L'appareil auquel nous nous sommes définitivement arrêtés est celui de M. le professeur d'Arsonval, construit par M. Gaiffe. Il comprend essentiellement une bobine de 30 centimètres d'étincelle, avec interrupteur Contremoulins et condensateur à pétrole, relié à un résonnateur Oudin.

L'électrode correspondant à la dent est constituée par un moulage en *stent* de la région à anesthésier. Ce moulage est revêtu, à l'intérieur, de poudre métallique et d'une mince feuille d'étain. Pour absorber la chaleur développée par le courant, cette feuille d'étain est encore enduite d'une couche de pâte d'amiante humide. Le courant est alors amené dans ce moule. Un galvanomètre, placé sur la partie du circuit qui joint le résonnateur à l'électrode, indique, pendant toute la durée de la séance, l'intensité du courant.

Depuis que nous avons adopté définitivement ce dispositif, les résultats sont devenus plus constants, à la condition, néanmoins, d'observer très exactement certaines règles que nous avons pu déter-

miner peu à peu. L'insuffisance de l'anesthésie, dans ce procédé, tient, en effet, dans la plupart des cas, aux deux causes physiques suivantes : 1° insuffisance du contact de l'électrode et de la dent (soit parce que le moule n'est pas bien appliqué, soit parce que le dégraissage de la gencive n'a pas été suffisamment fait) ; 2° intensité trop faible du courant.

En outre, bien que le courant de haute fréquence, lorsqu'il est convenablement réglé, n'éveille aucune sensation, il arrive parfois que des personnes pusillanimes ou nerveuses, effrayées par l'aspect de l'appareil et le bruit de la décharge du condensateur, ne laissent pas terminer l'application, dont le résultat se trouve ainsi forcément modifié.

Enfin, il faut veiller attentivement à ce que tous les conducteurs soient bien montés, dans l'ordre voulu, sur les appareils, faute de quoi le courant passe mal et ne produit par l'effet attendu.

Afin d'éviter des dérivations préjudiciables à la bonne marche de l'anesthésie et désagréables au malade, il est indispensable que celui-ci soit placé sur un siège entièrement dépourvu de pièces métalliques.

Cela dit, voici la statistique des cas que nous avons traités par ce procédé :

Dans quinze cas d'extraction de dents monoradiculaires nous avons eu treize fois l'analgésie complète ; une fois une analgésie relative, après une application électrique de 30 secondes seulement ; un malade a dit qu'il avait souffert, mais n'a fait aucun mouvement de défense.

Dans trente cas d'extraction de dents polyradiculaires nous avons eu : douze fois l'analgésie complète, onze fois l'analgésie relative, six fois absence de résultat, par faute de technique.

Or, après ces expériences, nous sommes en mesure de déterminer presque sûrement à l'avance dans quels cas on aura un succès complet et dans quels autres on n'obtiendra qu'une diminution appréciable de la douleur.

*a*) Les dents monoradiculaires, non atteintes de périostite, sont enlevées avec l'indolence la plus absolue, après une application électrique de trois à cinq minutes, avec une intensité de 150 à 200 milliampères.

*b*) Les dents polyradiculaires, non atteintes de périostite, exigent une application un peu plus longue et une intensité de 200 à 250 milliampères.

*c*) Les dents atteintes de périostite aiguë ou chronique sont beaucoup plus rebelles à l'anesthésie. Sur ce point de nouvelles recherches sont nécessaires. Il y a lieu, notamment, de se demander s'il ne faudrait pas, en pareils cas, ajouter à l'action électrique un autre agent.

Voici, maintenant, sur quoi nous nous sommes basés pour constater la diminution de la sensibilité :

1° *Questions au patient* — Avait-il souffert un peu, beaucoup, moyennement, plus ou moins que pour telle extraction précédente, ou n'avait-il pas souffert du tout ? Ces questions ont amené des réponses typiques. En voici quelques exemples :

Une jeune fille de seize ans, qui venait de subir l'extraction d'une grosse molaire supérieure, nous disait que le souvenir de l'extraction de ses dents de lait était plus pénible que ce qu'elle venait d'endurer.

Une fillette de onze ans, à qui nous avions retiré les deux premières petites molaires supérieures, l'une à l'aide de la cocaïne, l'autre à l'aide de la haute fréquence, pour faire de la place aux canines, déclarait que, de tout ce qu'on lui avait fait, c'était la piqûre de cocaïne elle-même qui lui avait laissé l'impression la plus désagréable.

Un homme à qui nous venions de retirer une canine fort longue ne pouvait croire que l'opération était terminée, tant elle avait été indolore, et s'obstinait à se regarder au miroir pour se convaincre *de visu*.

L'un de nous amena un jour son fils pour l'extraction d'une grosse molaire inférieure gauche. L'enfant, âgé de douze ans, très émotif, subit l'opération sans bouger et déclara n'avoir rien senti. Pour bien nous assurer qu'il ne nous faisait pas une réponse conforme à nos désirs, mais bien conforme à la réalité, nous lui proposâmes, comme une chose utile, une deuxième extraction de l'autre côté du maxillaire. « Tout de suite, si vous voulez, répondit-il. » Il va de soi que, si la première extraction avait été pénible, l'enfant n'aurait pas consenti à recommencer séance tenante.

Nous ferons remarquer que le courant ne fait qu'analgésier localement. Il n'y a pas d'anesthésie générale, même incomplète. Le patient a donc la sensation du contact. Il assiste à l'opération à l'état de veille ; il a l'impression qu'on le touche, qu'on ébranle sa dent et qu'on la lui enlève ; c'est ce qui explique que certains opérés ont pu, par crainte ou émotion, soit pousser un cri, soit faire un faible mouvement de défense, bien que, lorsqu'on les interrogeait ensuite, ils convinssent n'avoir pas éprouvé de douleur. Ces phénomènes, d'ailleurs, se retrouvent dans l'anesthésie cocaïnique.

2° *Mouvements du corps du patient.* — Etant donné que, lorsqu'on doit supporter, dans la position assise, une opération douloureuse, on a tendance à s'arc-bouter, à se tenir aux barreaux de la chaise, à cambrer le tronc, en un mot, à placer tous les muscles dans l'état de défense, nous avions soin de mettre les deux mains du malade sur ses genoux, et nous observions s'il les bougeait pendant l'opération. Or, il n'en était rien.

3° *Cris.* — Les cris sont un mauvais renseignement, attendu qu'on crie par peur, par nervosisme, par émotion, alors même qu'on ne souffre pas. Certains de nos patients criaient, d'autres non.

Ces expériences ont été faites, et ces moyens de contrôle ont été employés par nous en présence d'un certain nombre de confrères, parmi lesquels nous croyons devoir citer tout particulièrement M. le professeur d'Arsonval, M. le D[r] Quénu, M. le professeur Bergonié (de Bordeaux), MM. les D[rs] Touchard, Coupard, qui ont constaté avec nous la réalité de l'analgésie.

En résumé, nous croyons avoir trouvé ici un procédé d'analgésie inoffensif, évitant l'emploi des toxiques, n'exposant à aucun inconvénient, soit au moment de son application, soit après, procédé qui souvent supprime complètement la douleur et qui la diminue toujours notablement.

---

# GROUPEMENT DE L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

**Trois Médailles d'argent et une Médaille de bronze**
*à l'Exposition universelle de 1900.*

Tous les dentistes, médecins, fournisseurs pour dentistes, désirant faire partie de la Société civile de l'Ecole dentaire de Paris, de la Société d'Odontologie de Paris, de l'Association générale des dentistes de France, remplissant les conditions stipulées aux statuts, devront adresser une demande d'admission contresignée de deux membres de la Société, soit au Président du Conseil de direction de l'Ecole, soit au Président de l'Association.

Pour tous renseignements, s'adresser à l'Ecole dentaire de Paris 45, rue de La Tour-d'Auvergne.

---

## SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

BUREAU POUR L'ANNÉE 1902

MM. Dr **Roy**, O, *président*.
**Mendel-Joseph**, *vice-président*.
**Loup**, *vice-président*.

MM. **Touvet-Fanton**, *secrétaire général*.
**Charpentier**, *secrétaire des séances*.
**de Croës**, *secrétaire des séances*.

MM. **L. Richard-Chauvin**, I O. } *Administrateurs délégués par le Conseil de Direction*
**Touvet-Fanton**. } *de l'Ecole Dentaire de Paris*.

PRÉSIDENT HONORAIRE : M. **Poinsot**, I O.

Les réunions de la Société ont lieu le premier mardi de chaque mois.

---

## ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE

CONSEIL DE DIRECTION POUR L'ANNÉE 1902

BUREAU

MM. **Richard-Chauvin**, I O, *président*.
**Stévenin**, *vice-président*.
**Richer**, *vice-président*.

MM. **Billet**, *secrétaire général*.
**Blatter**, *secrétaire-adjoint*.
**Rollin**, O, *trésorier*.

PRÉSIDENT HONORAIRE : M. **Poinsot** I O.

MEMBRES DU CONSEIL

PARIS

MM. **Cecconi**, **Claser** ✠, **D'Argent** O, **Devoucoux**, Dr **Godon** ✻, I O, **Lemerle**, I O, **Martinier**, O, **Ed. Papot**, ♁, O, Dr **Roy**, O, Dr **Sauvez**, O, **G. Viau** ✻, I O.

PROVINCE *(Nord-Est)*.

**Audy** (Senlis), **Cohen** (Valenciennes).

*Sud-Est*.

MM. Dr **Pont** (Lyon), **Schwartz** O (Nîmes).

*Nord-Ouest*.

**Coignard** (Nantes), **Richer** (Vernon).

*Sud-Ouest*.

**Delair**, O (Nevers), **Douzillé** (Agen).

MEMBRES HONORAIRES

MM. **Aubeau** (Dr) I O, **Berthaux**, **Debray** père, **De Marion**, O, **Dugit** père, **Dugit** (A.), **Gardenat**, **Pillette**, **Ronnet** O, **Wiesner**, ✻, O.

COMITÉ SYNDICAL

MM. **Stévenin**, *président* ; **Devoucoux**, *secrétaire* ; **Billet**, **Blatter**, **Papot**.

CAISSE DE PRÉVOYANCE

MM. **D'Argent**, *président*, **Billet**, **Devoucoux**, **Papot**, **Rollin**.

## SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE

*Séance du 22 juillet 1901.*

Présidence de M. AGUILHON DE SARRAN.

*M. A. de Sarran expose le traitement des abcès du sinus.*

*M. Bloch* critique le procédé employé par M. A. de Sarran pour bourrer le sinus à l'aide de boulettes d'ouate; il aurait peur d'en oublier quelques-unes.

*M. Chompret* craint au contraire de ne pouvoir atteindre tous les culs-de-sac.

*M. A. de Sarran*, sur une centaine de sinus, n'a jamais trouvé d'anfractuosités appréciables, tandis que *M. Rodier* n'a rencontré dans sa vie qu'un seul sinus normal.

*M. Gires* préfère à la laminaire, pour dilater l'orifice, un bistouri à résection, qui en trois coups donne une ouverture large comme le pouce.

*M. A. de Sarran* reconnaît à la laminaire l'avantage d'obturer parfaitement l'orifice de pénétration.

Pour *M. Robin* l'ouverture d'un abcès dentaire dans le sinus n'est pas la seule cause de sinusite. Quant au traitement par le tamponnement, il paraît surtout indiqué pour les sinusites *chroniques*; au contraire, dans les sinusites *aiguës*, la simple ouverture et quelques lavages suffisent. Pour le tamponnement il préférerait la bandelette à double lisière.

*M. A. de Sarran* a essayé la bandelette, et préfère les tampons d'ouate phéniquée. Il emploie la solution à 2 o/o.

*M. Rodier* rapporte un cas de *pseudo-accidents de dent de sagesse par éruption tardive chez un vieillard édenté. MM. Robin* et *Capdepont* prennent part à la discussion.

*M. Robin* parle *sur un nouveau signe clinique de l'ostéo-périostite alvéolo-dentaire.*

---

*Séance du 21 octobre 1901.*

Présidence de M. CRUET.

A propos du procès-verbal, *M. Jarre* expose ses idées sur la pathogénie et le traitement des abcès du sinus. Pour lui, le plus souvent ce n'est là qu'un abcès alvéolo-dentaire ou un kyste suppuré ouvert dans le sinus. La muqueuse du sinus ne participe pas plus à l'affection que la muqueuse buccale, lorsque ces abcès se sont ouverts dans la bouche. Le traitement classique par la trépanation et le drainage est donc inutile. Lorsqu'il n'y a pas de nécrose surajoutée, l'ex-

tirpation de la dent, simple, ou suivie de réimplantation, amène la guérison. L'auteur parle de trois cas de ce genre. Lorsqu'il y a nécrose, la suppression des parties nécrosées s'impose ; lorsqu'il y a kyste il faut enlever les parois de ce kyste. Le diagnostic étiologique a donc une importance primordiale.

*M. Martin* (de Lyon) *présente un malade porteur d'un larynx artificiel* (V. *L'Odontologie* du 30 novembre 1901, p. 575).

*M. Chompret* présente *une pièce de prothèse laryngo-pharyngée de M. Michaëls.*

*M. Siffre* rapporte *un cas d'antagonisme inverse des incisives et canines inférieures.*

*M. Gaillard* critique très vivement les idées et même la terminologie de l'auteur. De ses observations, très longues, il résulte que pour lui l'anomalie est presque toujours d'origine folliculaire et que les causes invoquées par M. Siffre ne sont susceptibles d'expliquer qu'un tout petit nombre de cas.

*M. Robin* lit son travail sur les « *Eléments de thérapeutique pathogénique de la carie dentaire et d'insensibilisation non dévitalisante de la dentine.* » (V. plus loin).

Pour *M. Capdepont*, on abuse de la suractivité réactionnelle des odontoblastes ; il croit plutôt à une diminution de leur vitalité, voire même à leur mort. Il en expose les raisons. Les preuves en sont pour lui que la dentine produite dans ces conditions est une dentine anormale, sans canalicules. Réaction cellulaire, soit, mais suractivité fonctionnelle, défense non ; autant dire que la mort est la meilleure des défenses contre la maladie ! Lors donc qu'on se flatte d'obtenir thérapeutiquement un résultat identique, on ne fait que mortifier la pulpe. D'ailleurs tout le monde n'admet pas que cette densification soit salutaire. M. Cruet lui attribue un rôle dans le tic douloureux ; M. Rodier l'accuse d'être la cause de douleurs spontanées des dents et M. Capdepont croit qu'elle peut se former après et non avant le passage des micro-organismes [1]. L'auteur conclut de ces considérations que le traitement logique de la carie en général est « non pas de réveiller l'activité cellulaire, mais au contraire de favoriser la dégénérescence intra-canaliculaire des fibrilles de Tomes, *par surcharge calcaire directe* » ; mais il reconnaît que ses recherches ne sont pas encore assez avancées sur ce point.

*M. Beltrami* reproche à M. Capdepont d'avoir confondu les produits canaliculaires avec les nodules intrapulpaires. De plus, il repro-

---

1. L'analyste se voit obligé d'exprimer publiquement le regret que son confrère M. Capdepont n'ait pas cru devoir citer le nom de l'auteur de cette hypothèse, comme il l'avait fait pour les deux précédentes. Malgré ce silence, il est heureux cependant de voir son confrère adopter son opinion (V. *L'Odontologie*, 15 avril 1901, p. 336).

che à M. Robin le terme d'*inflammation septique* qui, d'après lui, impliquerait l'existence de pus septique.

*M. Chompret* craint que l'insensibilisation obtenue par M. Robin ne soit due à l'action caustique de la créosote.

*M. Pitsch* attribue l'absence de douleur signalée par M. Robin à l'emploi du trioxyméthylène.

L'opinion de *M. Cruet* se résume en ceci : une dent avec ou sans pulpe, obturée après stérilisation parfaite, restera en parfait état, tant que l'obturation sera étanche. Toute méthode capable de détruire l'infection et d'obtenir ce résultat est une bonne méthode.

---

*Séance du 18 novembre 1901.*

Présidence de M. Cruet.

*M. Capdepont* proteste contre l'addition au procès-verbal de phrases non prononcées en séance et qui dénaturent quelque peu le sens de ses réponses.

*M. Hochet* présente une *brosse à dents creuse pour irrigations.*

*M. Capdepont* rapporte *un cas de sortie prématurée d'une incisive temporaire.*

*M. Rodier* trouve très heureuse l'expression de *folliculite expulsive* employée par l'auteur. Ce ne sont pas des éruptions qu'on observe dans ces cas, mais des expulsions de *chapeau* d'émail ou de dentine. M. Rodier en présente cinq pièces qu'il a recueillies sur des enfants atteints de fièvres éruptives. Sur les pièces présentées par M. Capdepont la dentine manque totalement.

*M. Robin* a fait la même constatation et il en tire les conclusions suivantes:

Si la dentine ne s'est pas formée, c'est que la papille, ou tout au moins (restriction d'une singulière importance) que la couche des odontoblastes a subi un trouble évolutif. *Donc* le sac folliculaire, qui est d'origine papillaire, ne s'est pas formé. Ce sac n'existant pas, la couronne non protégée par lui a ulcéré les tissus mous en contact avec elle, créant un milieu favorable à l'infection, qui, s'étant produite, a éliminé la couronne.

*M. Capdepont* n'est pas convaincu que la pièce qu'il a montrée offre une absence complète de dentine, chose d'ailleurs impossible à voir à l'œil nu. D'ailleurs l'explication de M. Robin est en contradiction formelle avec l'embryogénie connue de la dent. Le sac étant la conséquence de l'invagination de l'épithélium dans le tissu conjonctif de la gencive *existe fatalement*. Même en admettant son absence, il

reste encore à expliquer la *poussée* de la dent, cause initiale de l'ulcération admise par M. Robin.

*M. Sebileau* ne voit qu'une objection à faire à l'ingénieuse hypothèse de M. Capdepont : c'est que, si elle était justifiée, nombre de médecins d'enfants auraient observé des cas analogues.

*M. Robin* maintient absolument que le sac dentaire est indépendant de l'organe de l'émail et qu'il part de la base de la papille. Par conséquent l'existence du premier n'implique pas celle du second.

Pour *M. Capdepont* c'est là une opinion de Magitot généralement abandonnée à l'heure actuelle. On admet que le *sac* est produit par la condensation du tissu conjonctif provoquée par la pénétration de l'épithélium. Ces deux phénomènes ont donc des rapports nécessaires de coexistence. Il apportera des preuves de ce qu'il avance.

*M. Robin* les attendra pour accepter cette manière de voir.

*M. Cruet*, tout séduit qu'il est par l'explication de M. Capdepont, ne peut cependant méconnaître que pour l'étayer il a dû négliger le nombre considérable des cas où l'éruption précoce s'est produite sans mauvais état général. Il ne lui paraît pas improbable que la cause en soit surtout le mauvais état *buccal*. D'un autre côté il admet fort bien qu'une dent puisse faire éruption au-dessus de la gencive, sans formation concomitante de sa racine. Une moindre résistance de la gencive et l'élasticité des tissus environnants suffiraient à expliquer le phénomène.

*M. Capdepont* a noté huit fois sur dix une mobilité anormale jointe à un mauvais état général : ces deux constatations ont dicté son hypothèse. Pour lui l'absence de racine indique une *expulsion* d'un organe inachevé et non *l'éruption prématurée* d'un organe précoce.

La cause de l'infection ? Le siège plus superficiel du follicule ; la persistance du gubernaculum dentis. Seule, la démonstration anatomique permettait de résoudre cette question.

*M. Robin* communique une observation de *tumeur sanguine consécutive à une ostéo-périostite alvéolo-dentaire.*

*M. Sebileau* voit deux explications au fait rapporté : soit une hémorragie consécutive à la première incision, qui, trop vite cicatrisée, aurait amené la rétention du sang ; soit l'existence d'un de ces phlegmons où l'on trouve du sang au lieu de pus. Il ne reconnaît à cette observation qu'un intérêt régional.

*M. Pietkiewicz* constate qu'il est précisément très rare d'observer ces faits dans la région péri-buccale : il rappelle le cas qu'il a vu avec M. Gaumerais.

Si *M. Robin* a communiqué cette observation, c'est parce que dans

le cas de M. Gaumerais M. Sebileau avait parlé « d'angiome » et que cette perspective peut effrayer le praticien.

*M. Sebileau* n'admettait cette hypothèse que dans le cas où l'enkystement de la tumeur et l'absence de tout phénomène phlegmoneux et périostique n'auraient pas permis d'autre interprétation.

*M. Courvoisier* présente le modèle d'*un cas de dent de sagesse supplémentaire.* Il s'agit d'une très petite dent constatée à la suite d'une dent de sagesse supérieure et tombée spontanément.

*M. Gires* conteste le nom de *dent de sagesse supplémentaire* attribué à une surdent banale. Une telle appellation ne pourrait s'appliquer qu'à une véritable quatrième molaire, telle que M. Buisseret (de Bruxelles) en a signalé. *M. Robin* partage cette manière de voir. Par contre, M. Gaillard reconnaît volontiers dans la dent présentée une véritable quatrième molaire. *M. Rodier* est de l'avis de M. Gires : il appuie cet avis de trente-deux échantillons de dents analogues : il en présente cinq ayant tous les caractères morphologiques de petites dents de sagesse.

*M. Chompret* traite de *l'irrégularité dans le nombre des dents*, et *M. Bloch*, du plan incliné *caoutchouc-amalgame.*

*M. Gourc* présente *une radiographie de trois dents supposées.*

---

*Séance du 16 décembre 1901.*

Présidence de M. RODIER.

*M. Pitsch* lit sa communication *sur le somnoforme.*

*M. Beltrami* demande si l'anesthésie s'accompagne de résolution musculaire et combien de temps elle dure.

*M. Pitsch* répond que la résolution survient après la contraction et que l'anesthésie dure de 30 à 40 secondes.

*M. Chompret* a fait avec *M. Combe* une douzaine d'applications de somnoforme. Le temps nécessaire pour obtenir l'anesthésie est plus long que ne le dit M. Rolland (18 à 30 secondes) : il atteint en moyenne 40 secondes. Il opère en résolution musculaire. Pour vérifier le moment où l'anesthésie est obtenue, il demande au malade d'ouvrir et de fermer les yeux au commandement. L'anesthésie dure de 45 secondes à 1 m. 45.

*M. Beltrami* craint que cet agent employé par des gens qui n'ont rien de médical ne cause de sérieux accidents.

*M. Robin,* comme M. Beltrami, doute que cet agent, qui provoque difficilement la résolution musculaire, soit un anesthésique vrai. Il pense que la Société doit examiner à fond cette question, car en ce moment plus que jamais l'autorité scientifique de la Société ne doit pas être mise en défaut. Il voudrait savoir sur quel centre agit

l'anesthésique en question, s'il agit sur le bulbe, s'il irrite les voies respiratoires. Bref une étude physiologique complète s'impose.

*M. Pitsch*, lui, arrive à la résolution complète.

*M. Lebedinsky* n'a jamais vu M. Rolland attendre cette période.

*M. Beltrami* insiste pour que la Société ne recommande pas ce produit avant d'être fixée complètement sur ses propriétés. « La Société ne doit pas perdre la prépondérance qui lui appartient dans la spécialité en s'engageant dans cette voie. Nous sommes actuellement en pleine réglementation de l'art dentaire. Il importe de savoir si le somnoforme rentre « dans la catégorie des anesthésiques pouvant être employés par tous les exerçants, ou si, à l'exemple du chloroforme et de l'éther, son emploi doit être réservé aux seuls médecins ».

*M. Lebedinsky* rappelle qu'un auteur russe a publié 10.000 anesthésies par le chlorure d'éthyle, sans résolution, ce qui permet de craindre que le somnoforme composé pour la plus forte part de cet agent ne soit pas un anesthésique vrai.

*M. Rodier* s'élève vivement contre les procédés d'administration de M. Rolland qui, à Bordeaux, endort sans l'avis du patient, sans l'examiner, ni l'interroger, ni l'ausculter... De plus la formule qu'il a donnée n'est pas exacte : si l'on réalise le mélange indiqué par cette formule, il ne donne pas du tout les résultats du somnoforme. Il importe donc d'être reservé sur une question qui paraît jusqu'ici surtout financière.

*M. Beltrami* est heureux de cette opinion. Endormir un sujet sans l'ausculter ne peut être que le fait d'un exerçant non médecin, à la merci de qui se trouve le patient.

*M. Gourc* lit sa note sur la *fracture spontanée des dents dans toute leur hauteur chez une neurasthénique.*

*M. Robin* et *M. Beltrami* ont vu aussi éclater des dents qu'ils avaient obturées. Ce dernier pense que ce phénomène n'existe que chez les arthritiques.

A propos de *trois nouveaux cas de folliculite expulsive des nouveau-nés, suivis de mort*, apportés par *M. Capdepont*, *M. Robin* revient longuement sur la discussion engagée dans la séance précédente. Il conclut à un accident *par inclusion*. *M. Capdepont* se réserve de répondre à cette argumentation.

*M. Chompret* parle *d'une nécrose du maxillaire supérieur d'origine grippale.*

*M. Robin* étudie *l'emploi du thermo-cautère en chirurgie buccale et péri-buccale.*

*M. Chompret* rappelle que l'emploi du thermo-cautère est déjà connu.

*M. Gaillard*, qui a vu des accidents de nécrose du palais par suite

d'un contact trop prolongé avec le thermo-cautère, préfère le bistouri boutonné. Sur une observation de M. Capdepont, il déclare cependant qu'il emploie cet instrument et qu'il a seulement voulu mettre en garde les confrères qui ne sont pas familiarisés avec lui.

*M. Rodier* préfère le gingivotome pour les collections purulentes avoisinant la dent de sagesse. Pour éviter la projection du pus, il recouvre d'abord la tuméfaction d'une petite serviette percée d'un trou au niveau de la ponction.

Dr G. MAHÉ.

# ADRESSES UTILES

**La ligne : 20 francs par an,**
**Lignes en sus : 10 fr. la ligne.** } **dans 24 numéros.**

**C. Ash et fils** (*Fourn. gén.*) 22, rue du Quatre-Septembre, PARIS. TÉLÉPHONE 294.47.
**D^r Bengué** (*Anestile*), 47, rue Blanche, PARIS.
**Billard, L. Lemaire, s^r** (*Fourn. gén.*), 4, pass. Choiseul, PARIS. TÉLÉPHONE 264,30.
**J. Fanguet, Georges Clotte, succ^r** (*Impressions en tous genres*), 28, rue d'Enghien, PARIS.
**Comptoir international** (*Fourn. gén.*), 15, avenue Fonsny, BRUXELLES.
**Contenau et Godart fils** (*Fourn. gén.*), 7, r. du Bouloi, PARIS. TÉLÉPHONE 214-53.
**Cornelsen** (*Fourn. gén.*), 16, rue St-Marc. TÉLÉPHONE 218.69.
**A. Debraux**, prof^r (*Cert. d'Et. exigé des dentistes*), 17, faub. Montmartre, PARIS.
**V^ve Jules Friese** (*Fournitures générales*), 3, rue de Londres, PARIS.
**Alfred Joliot** (*Fourn. gén.*), à la Cloche, 193, rue St-Martin. TÉLÉPHONE 271.51.
**Colin Logan fils** (*Fourn. gén.*), 113, rue Réaumur, PARIS. TÉLÉPHONE 288.79.
**L. Mairlot** (*Fourn. génér.*), 24, pl. Sainte-Gudule, BRUXELLES. TÉLÉPHONE 1429.
**Mamelzer et fils** (*Manufacture dentaire*), 40, rue Croix-des-Petits-Champs, PARIS.
**Al. Maylaënder** (*Reliures en tous genres*), 67, rue Daguerre, PARIS.
**A. Mellottée**, imprimeur de *L'Odontologie* à CHATEAUROUX.
**P. Périé fils** (*Fournitures générales*), 7, place Lafayette, TOULOUSE.
**B. Platschick** (*Prothèse à façon*), 3, rue Ventadour, PARIS. TÉLÉPHONE 222.82.

**Reymond frères** (*Fournitures générales.*) { 22, rue Le Peletier, PARIS.
44, place de la République, LYON.
69, rue de la Croix-de-fer, BRUXELLES.
3, rue Petitot, GENÈVE.

**Victor Simon et C^ie** (*Four. gén.*), 54, rue Lamartine, PARIS. TÉLÉPHONE 269-45.

***Société Française de Fournitures Dentaires.*** { 58 bis, Chaussée-d'Antin, Paris TÉLÉPHONE 214-47. 45, r. de la République, Lyon. } *Grande exposition*, au dépôt de PARIS, de toutes les *Nouveautés dans l'outillage* de MM. les Dentistes.

**Syndicat Français** (*Recouvrements d'honoraires*), 131, boul. Sébastopol, PARIS.
**V^ve J. Wirth** (*Manufacture dentaire*), 222-224, avenue Philippe-Auguste, PARIS.



# REVUE ANALYTIQUE

## *ANATOMIE*

**Albrecht**, ***Les quatre os intermaxillaires. Le bec-de-lièvre et la valeur morphologique des incisives supérieures chez l'homme.*** *(Items of Interest).*

Voici en quelques mots les conclusions auxquelles arrive l'auteur :

Il y a quatre os intermaxillaires, deux internes, deux externes.

Le bourgeon dans le bec-de-lièvre double est formé par les deux internes.

L'incisive supérieure latérale chez un individu normal, est à vrai dire, sa troisième incisive, puisqu'il existait une dent entre l'incisive supérieure centrale et l'incisive latérale supérieure disparue pendant le développement osseux.

Cette deuxième incisive apparaît quelquefois sur le raphé médian du maxillaire supérieur.

Ch. W.

## *PATHOLOGIE*

**P. Robin**, ***Tumeur sanguine d'origine dentaire.*** (*Revue de Stomatologie*, février 1902, p. 77.)

Il s'agit d'une première molaire inférieure ayant donné lieu à un accident inflammatoire d'aspect banal. Ouverture spontanée de l'abcès gingival avec écoulement notable de pus. Récidive du gonflement, tension des téguments ; une tentative d'excision par voie buccale amène seulement un peu de sang. M. Robin ouvre l'abcès par voie cutanée au thermo-cautère. Issue de sang pur, sans pus ; drainage. Deux hémorragies par le drain dans la demi-journée consécutive.

L'examen du sang, avec coloration à la thionine, montra des globules rouges déformés et très agrandis, de nombreux globules blancs et deux colonies de 15 à 20 gros staphylocoques.

L'auteur admet un épanchement sanguin dans la poche du premier abcès, le pouvoir microbicide du sang ayant empêché cette seconde collection de s'infecter.

G. M.

**Jeannin**, ***Enfant prématuré avec accidents dentaires précoces.*** (*Société d'obstétrique*, 2 février, 1901.)

Un enfant, pesant 1400 grammes, poussa sa première dent à vingt et un jours, l'incisive latérale, puis deux jours plus tard, l'incisive centrale, puis la canine. Cette évolution précoce s'accompagna de stomatite ulcéro-membraneuse; il dépérit, puis mourut, malgré des soins énergiques, d'une infection générale.

Ch. Ch.

## *DENTISTERIE OPÉRATOIRE*

**H. Lloyd Williams**, ***Sur l'excision des racines.*** (*The dental record*, janv. 1902.)

Les racines nécrosées à l'apex peuvent être excisées sans danger pour la dent ainsi traitée. M. Williams cite à l'appui de cette opération plusieurs interventions suivies de succès. Souvent il arrive qu'une des trois racines d'une grosse molaire est déchaussée ou atteinte de suppuration chronique. La résection dans ce cas non seulement sauve la dent, mais encore la consolide.

Ch. Ch.

**Dr Chilcott**, ***Les feuilles d'argent pour obturations.*** (*International dental journal.*)

L'auteur emploie l'argent en feuilles, car sous cette forme il est mauvais conducteur des argents thermiques. Pour les dents de bouche, on l'emploie peu, car il peut colorer la dentine, mais les dents du fond sont très bien conservées par les feuilles d'argent. Ces feuilles servent surtout pour les coiffages; on peut en mettre une certaine quantité au fond des cavités puis recouvrir après avec une obturation quelconque même avec l'amalgame. Les cavités pulpaires, les canaux peuvent être aussi obturés au moyen de feuilles d'argent; quant aux dents mal développées, c'est une matière fort à recommander pour les obturer surtout chez les jeunes enfants.

Ch. Ch.

**S.-H. Guilford**, ***Perforations des racines.*** (*The stomatologist.* Trad. in *Progrès dentaire*, janvier 1902, p. 28.)

La perforation opératoire d'une racine est un accident difficilement excusable et difficilement réparable. On pourra tenter la conservation de la dent par les moyens suivants. Si la perforation est accessible, on commencera par dessécher la dent, puis on appliquera sur l'orifice un petit morceau de taffetas d'Angleterre humecté ; on le maintiendra à l'aide d'un peu d'ouate jusqu'à ce qu'il adhère parfaitement. On obturera ensuite la racine à l'oxyphosphate.

Si la perforation est inaccessible, il faut *amputer la racine.* Pour ce faire, après avoir repéré la hauteur de l'orifice, on obture la racine à la gutta-percha. Cela fait, on incise la gencive au niveau de la perforation, on résèque avec une grosse fraise le tissu alvéolaire, on trépane la racine et on la coupe avec une fraise à fissure. La partie coupée étant enlevée à l'aide d'un élévateur, on arrondit le moignon avec une fraise, on lave au formol et l'on bourre la plaie avec de la gaze antiseptique. D'après l'auteur, cette opération est assurée de succès et peut être exécutée « par le premier venu ».

G. M.

## *THÉRAPEUTIQUE*

**Dr P. Robin,** ***Éléments de thérapeutique pathogénique de la carie dentaire et insensibilisation non dévitalisante de la dentine.*** (*Revue de Stomatologie*, décembre 1901, p. 545, janvier 1902, p. 9.)

L'auteur pose d'abord, d'après Redier, les conditions anatomo-pathologiques de la carie non pénétrante. En allant de la périphérie au centre, on trouve : 1° une *zone de ramollissement* brune, dans laquelle le plus grand nombre des canalicules sont dilatés, variqueux, bondés de micro-organismes ; 2° une *zone d'invasion*, moins foncée, de forme conique à base extérieure avec micro-organismes de plus en plus rares en s'avançant vers le sommet du cône ; 3° une *zone de défense* très fréquente, mais pas constante, transparente, par suite de l'oblitération partielle ou complète des canalicules par calcification des fibrilles. Derrière ces couches de tissus les ostéoblastes sécrètent de la dentine secondaire ; parfois on observe la dégénérescence de la pulpe par les micro-organismes que n'a pas arrêtés la zone de résistance. Pour reconnaître, au cours d'un curettage de carie, si l'on est arrivé sur le tissu sain, on dispose de trois signes : douleur, cri dentinaire, coloration. Aucun de ces signes n'est pathognomonique, et puisqu'on n'est pas sûr de ne pas s'être arrêté au milieu de la zone infectée, il faut prendre le parti d'antiseptiser cette zone. On a déjà vu cette indication et, pour y répondre, on a poussé l'audace jusqu'à employer des méthodes susceptibles d'aller jusqu'à la dévitalisation, comme celle que M. Choquet a récemment publiée.

Une bonne thérapeutique découle d'une théorie exacte de la carie dentaire. L'auteur « applique le processus inflammatoire à la carie dentaire » d'une façon bien personnelle. Pour le démontrer il passe en revue les théories émises sur ce sujet depuis 1728 et arrive à cette constatation que l'idée admise couramment aujourd'hui est que les dents se décalcifient par dissolution de leurs sels minéraux par des acides, que ces acides proviennent des transformations chimiques s'opérant dans la salive ou qu'ils soient sécrétés *in situ* par les bactéries de la carie. Or il existe deux preuves que cette conception est fausse : l'une qu'il y a une décalcification générale du squelette et des dents à laquelle les acides n'ont rien à voir ; l'autre que, dans la

carie, la formation d'une zone de résistance est un fait à peu près constant et que ce fait ne s'expliquerait pas en présence d'un acide qui ici déterminerait une dissolution et là une condensation des mêmes éléments minéraux. La carie est donc seulement une « infection systématisée ». Jusqu'ici on s'est refusé à cette conception *inflammatoire* de la carie dentaire, parce qu'on pense, avec Magitot, que les tissus dentaires sont *dépourvus de vaisseaux*. Or, même en s'en tenant à la conception étroite de l'inflammation dont les deux termes principaux sont *vaso-dilatation* et *diapédèse*, on peut encore appliquer cette définition à la carie. Ces phénomènes essentiels se passent dans la pulpe qui traduit sa réaction par sa cellule odontoblastique munie de son prolongement fibrillaire. Dans de telles conditions la carie dentaire apparaît comme une *nécrose, suivie d'une décalcification.*

Sous l'influence de toxines la pulpe réagit et densifie la dentine : de même l'ostéoblaste hypertrophie l'os dans des conditions identiques. Ces phénomènes sont de ceux que M. Letulle appelle « troubles trophiques par excès ». L'auteur pense aussi que le point de départ de la défense organique n'est pas dans la pulpe, mais à l'extrémité attaquée de la fibrille.

De cet exposé, qui forme la première partie de son travail, partie bien distincte de ce qui suit, l'auteur tire cette conclusion que la thérapeutique d'une telle affection doit être *pathogénique* (ce qui est, soit dit en passant, une très heureuse expression du professeur Landouzy).

Or, pour M. Robin, cela veut dire que le traitement devra viser *moins* à détruire les microbes qu'à atténuer leurs toxines. En outre les topiques *devront augmenter les réactions nutritives des tissus et rendre ceux-ci plus forts pour la défense.* L'auteur admet d'ailleurs qu'avant lui « quantité de dents ont été obturées avec succès » : cela prouve seulement que « les thérapeutiques ont été pathogéniques sans le savoir ».

Toute thérapeutique dévitalisante doit être rejetée. Ceci amène l'auteur à condamner la récente méthode préconisée par M. Malassez au nom de M. Choquet ; cet auteur « s'est laissé entraîner trop loin et n'a vu dans la dent que de l'ivoire à stériliser ».

Arriver au résultat à atteindre (destruction des toxines, sans la destruction des microbes, qui impliquerait la destruction des cellules) est difficile. Cependant les considérations émises plus haut permettent d'expliquer le résultat de techniques *plus ou moins empiriques.* Après avoir vivement critiqué toutes celles qui ont été présentées, l'auteur nous offre la sienne, qui semble susceptible du même reproche.

Il emploie ce mélange :

| | |
|---|---|
| Trioxyméthylène.................................. | 1 p. |
| Oxyde de zinc.................................. | 100 — |
| Créosote de houille.......................... } | ãã Q. S. |
| Formol à 40 o/o.............................. } | |

pour faire une pâte molle adaptée aux besoins.

Le liquide est forcément nécrosant, mais cette nécrose se passe dans

des conditions tellement spéciales ! « En fixant les éléments vivants, il les coagule, il forme une *membrane* qui aura comme résistance à l'action effective du topique une épaisseur et une densité en rapport avec ses propriétés coagulantes. » A travers cette membrane formée par le formol, le formol en *vapeurs* dialysera et se mêlera aux liquides cellulaires, que cette fois il ne coagulera plus, parce qu'il est (ou doit être) en solution diluée. Si cette dernière condition n'était pas remplie, il y aurait coagulation, par conséquent l'épaisseur de la membrane augmenterait, et l'effet coagulant ne se produirait pas.

Le liquide est non seulement fixateur, il est encore sclérogène, c'est-à-dire qu'il assure la formation d'un tissu spécial dont la fonction est de séparer le tissu malade ou mort du tissu normal. Ce tissu spécial, l'auteur ne l'a ni analysé, ni constaté histologiquement, mais il est sûr de son existence, puisque les résultats pratiquement obtenus sont conformes à ses théories.

L'application de la pâte ci-dessus n'est pas très douloureuse. L'auteur se demande pourquoi : il pense qu'il s'agit là d'un phénomène analogue à ceux qu'ont cités Lœw et Demoor, qui ont étudié l'anesthésie des spirogyres et des leucocytes par des vapeurs de formol.

De plus, l'auteur dès la première application de ce mélange, remarqua une *insensibilisation absolue* de la dentine. Il crut à une mortification de la pulpe, mais il put constater que la dentine sous-jacente était restée sensible. Ceci pourrait s'expliquer par une action superficielle du topique, mais l'auteur préfère admettre une *régénération de la sensibilité dentinaire.*

Cependant, si l'on emploie le liquide à doses massives sur un coton et sous de la gutta pendant plusieurs jours, on peut pénétrer dans la chambre pulpaire, sans douleur, ce que l'auteur lui-même explique par la *nécrobiose des tissus.*

Malgré les expériences de Lœw et de Demoor et malgré l'anesthésie des leucocytes, l'application de la pâte est quelquefois *très douloureuse.* « L'auteur pense que cette douleur peut être due à ce que la coagulation des fibrilles de Tomes produirait des compressions nerveuses, *s'il y a* des nerfs de ces canalicules, ou des tiraillements entre les fibres qui s'anastomosent.

Jusqu'à présent l'auteur ne possède aucun moyen certain d'empêcher cette douleur.

G. M.

## *ANESTHÉSIE*

**Pitsch,** ***Le Somnoforme.*** (*Revue de Stomatologie,* février 1902, p. 91.)

L'auteur a endormi quarante sujets avec cet anesthésique. Il a obtenu le sommeil après 30 à 50 secondes ; la coloration de la face reste normale ; le pouls, d'abord un peu rapide, se régularise rapidement ; il n'y a pas d'excitation, mais un peu de contracture dans les mains, qu'il laisse céder avant d'opérer ; le réveil est rapide et sans malaise.

Une fois il a eu des vomissements glaireux chez une malade affaiblie. Il a pu enlever d'une à six dents. Quoique très partisan du bromure, l'auteur reconnaît au somnoforme les avantages de n'avoir pas son odeur pénétrante, de ne pas donner d'excitation, de ne pas dégager un gaz suffocant, comme est le brome.

G. M.

***Anesthésie par le bromure d'éthyle.*** (*Presse médicale Belge*, décembre 1900.)

*Haffter* a employé le bromure sur plus de deux cents malades avec succès ; mais il faut employer pur ce médicament, ce qu'on reconnaît ainsi : il doit s'évaporer sans laisser de résidu, mélangé à l'eau, le filtrage ne doit pas donner de réaction avec le nitrate d'argent, l'acide sulfurique très concentré ne doit pas le colorer en brun même légèrement.

Il agit avec rapidité, ne donne pas de période d'excitation, mais il ne s'emploie que pour les petites interventions.

Ch. Ch.

**Pereire**, ***Le chloroforme.*** (*Association française de chirurgie.*)

M. Pereire (de Paris), dans la discussion soulevée à propos des anesthésiques, dit qu'il est resté fidèle au chloroforme et que tous les cas, sauf un, qui n'est même pas imputable à ce médicament, ont été couronnés de succès.

**Aristide Malherbe**, ***Nouveau procédé pour l'anesthésie générale au chlorure d'éthyle.*** (*Idem.*)

Ce procédé, *dit de la compresse*, est rapide et inoffensif. La narcose obtenue en vingt secondes dure près de cinq minutes. On peut la prolonger jusqu'à vingt minutes, puis continuer par le chloroforme sans aucun danger. Il n'y a pas eu une seule mort à déplorer.

Ch. Ch.

**Ziegler**, ***La nirvanine comme anesthésique local.*** (*Dental Cosmos.*)

Cet article fait suite en quelque sorte à la communication que M. Bonnard a faite à la Société d'Odontologie de Paris sur le même sujet. Un nombre assez considérable et surtout varié d'observations vient confirmer les conclusions que ce dernier émettait, à savoir que la toxicité de la nirvanine était quinze fois moins grande que la cocaïne, que sa valeur anesthésique était sûrement égale, supérieure même à la cocaïne, que l'injection pouvait se faire dans des tissus hyperhémiés, enfin que la solution se conservait indéfiniment en raison de la valeur antiseptique de ce médicament.

Ch. W.

**L. Papillaud,** ***Le Somnoforme.*** (*Revue odontologique*, janvier 1902, p. 17.)

De l'étude théorique des constituants de cet anesthésique l'auteur tire cette conclusion, dont la légitimité a été antérieurement déjà vérifiée par nous-même à l'Ecole dentaire de Paris, que les dernières doses d'un flacon ne sont pas de même composition que les premières[1]. Il rapporte en outre deux cas défavorables de M. Mora et conclut qu'il serait prudent de vérifier expérimentalement l'action physiologique de ce produit « dont tout nous est inconnu » avant de l'appliquer largement à l'homme.

G. M.

## *STOMATOLOGIE*

**Capdepont,** ***Un cas de pseudo-éruption précoce. Folliculite expulsive.*** (*Revue de Stomatologie*, janvier 1902, p. 23.)

L'auteur a observé le fait suivant : fillette de 48 heures, possédant une dent à la mâchoire inférieure. C'est une incisive latérale gauche, dont la couronne tomba une quinzaine de jours plus tard : à la place il resta une *dent en chair*, rouge, très douloureuse, qui finit par jaunir, flétrir et disparaître. Jusqu'alors l'enfant se nourrissait peu et se développait mal. Aussitôt après la chute de la dent, son développement se fit rapidement. La dent tombée est absolument creuse, présente à peine une très légère couche de dentine et forme absolument un cornet.

A ce propos, M. Capdepont cite les cinq cas de Thore, dont quatre se sont terminés par la mort des enfants et qui offrent avec sa propre observation de grandes analogies. Pour ce dernier auteur il s'agit dans ces cas « d'une affection du follicule dentaire qui, en se développant outre mesure par l'effet d'un travail inflammatoire, expulse la dent » ; celle-ci réduite à une faible couche de matière dure, tombe bientôt : la fin ordinaire en processus est la gangrène du follicule.

Pour M. Capdepont il s'agit bien là en effet d'une véritable expulsion et non pas d'une éruption prématurée, puisque ce phénomène est déterminé par la croissance de la racine, qui dans ce cas fait totalement défaut. Un signe de diagnostic précieux est la grande mobilité de l'organe, son évolution très rapide, l'état de turgescence et d'inflammation de la gencive.

La cause de cette expulsion est l'infection qui, le fait paraît fréquent, peut devenir rapidement générale et entraîner la mort. Il semble donc indiqué, étant donné l'avenir précaire de tels organes, de les enlever rapidement, de cautériser la pulpe et de donner aux gencives des soins antiseptiques suivis.

---

1. V. *L'Odontologie* du 15 février, p. 115.

L'auteur conclut qu'à son avis il n'existe pas un seul cas authentique d'éruption précoce vraie à la naissance.

G. M.

**Capdepont,** ***Trois nouveaux cas de folliculite expulsive des nouveau-nés suivis de mort.*** (*Revue de Stomatologie*, février 1902, p. 65.)

M. Sebileau ayant objecté au précédent travail de l'auteur qu'il était étonnant que les accoucheurs n'aient pas signalé plus fréquemment les phénomènes qu'il rapportait, celui-ci a fait auprès de ces spécialistes une courte enquête dont voici les résultats.

*1re Observation* (Brindeau et Macé). Enfant de 6 jours, né à terme, bien constitué. Apparition sur le bord alvéolaire supérieur, à ses extrémités ptérygoïdiennes, de deux plaques grisâtres symétriques. Ulcération progressive de la plaque gauche, puis expulsion d'un *nodule blanc nacré* qui est constitué par une couronne de molaire. État général mauvais, température 40°, amaigrissement, apparition de plaques érysipélateuses nombreuses sur la tête et le tronc. Mort. L'examen bactériologique a démontré l'existence du streptocoque et du staphylocoque blanc.

*2e Observation* (Maygrier et Jeannin). Enfant venu au monde en état de mort apparente après un accouchement laborieux, pendant lequel, après version, la manœuvre de Mauriceau a été vainement tentée. Il existe un *décollement du frein et de la partie antérieure du plancher de la bouche.*

A 8 jours ouverture spontanée d'un petit abcès sur le bord alvéolaire inférieur. Pus vert, bien lié, contenant en abondance du pneumocoque associé à diverses autres espèces non définies. Le jour suivant élimination spontanée de l'incisive latérale gauche. Persistance de la suppuration. L'état général se maintient bon pendant quelques jours ; puis généralisation de l'infection et mort.

*3e Observation* (Jeannin). Prématuré de 6 mois 1/2, mis en couveuse. Au vingt et unième jour éruption d'une incisive inférieure tellement mobile qu'on doit l'enlever pour éviter sa déglutition. A sa place apparition de la pupille enflammée, puis d'une plaque ulcéro-membraneuse qui s'étend jusqu'à la lèvre. De deux jours en deux jours éruption d'une incisive latérale supérieure, puis d'une canine, autour de ces dents plaques ulcéro-membraneuse. Phénomènes généraux graves : diarrhée, vomissements, température très oscillante, amaigrissement. Péritonite, suppuration ombilicale, mort.

Ce sont là des preuves nouvelles en faveur de la réalité de la conception de M. Capdepont. Ces dents ne sortent pas en vertu d'une *éruption précoce*, car il est facile de se rendre compte qu'elles ne sont ni dans leur forme, ni dans leur texture, d'une organisation plus avancée que celles qui séjournent dans leurs alvéoles. La formation radiculaire ne se fait pas. Enfin leur apparition se fait selon un ordre absolument fantaisiste : on remarque seulement que, quand elles sont multiples, elles sont toujours contiguës. Or ces phénomènes inexplicables autrement deviennent des plus compréhensibles quand on les

rattache, comme il le fait, à l'infection. On lui a objecté que dans bien des cas cette éruption prématurée n'est pas accompagnée de phénomènes généraux graves : c'est qu'il s'agit d'infection atténuée, comme on en observe pour toutes les infections. Leukorrian a trouvé dans la bouche du nouveau-né vingt-trois espèces microbiennes, dont dix variétés de streptocoques. Cela explique plus qu'il n'est nécessaire la possibilité de l'infection. Répondant à M. Robin, l'auteur fait remarquer que l'explication de celui-ci (éruption précoce, par absence du sac) tombe devant un certain nombre d'arguments, dont le principal est que la pièce qu'il a présentée comprend de la dentine : « que M. Robin avait niée ». Comme chemin de l'infection, l'auteur croit à la persistance, avec perméabilité, du *gubernaculum dentis*.

Le travail très personnel de M. Capdepont, dont l'hypothèse fut déjà partiellement adoptée par M. Jeannin à la Société d'obstétrique, fera certainement époque dans cette question.

G. M!

## *FORMULAIRE*

### Savon liquide chirurgical.

M. le professeur Terrier emploie dans son service, pour les soins à donner aux malades et les lavages, un savon liquide extrêmement utile dans la pratique. En voici la formule donnée par M. Bayard, interne en pharmacie, dans la thèse de Delage :

| | |
|---|---|
| Savon blanc........................ | 1 kilogramme. |
| Savon noir.......................... | 1 — |
| Huile................................ | 1 — |
| Eau.................................. | 50 litres. |
| Naphtol............................. | 25 grammes. |
| Essence de citron.................. | Q. s. pour parfumer. |

Faire dissoudre le savon dans l'eau et l'huile pendant quarante-huit heures au moins, puis ajouter directement le naphtol et filtrer.

### Gargarisme contre la fétidité de l'haleine.

| | |
|---|---|
| Thymol.................................. | 0,05 gr. |
| Borax.................................... | 1 — gr. |
| Alcool.................................... | 2 — gr. |
| Eau distillée.......................... | 1000 — gr. |

**Vladimirov,** ***Traitement du muguet par le nitrate d'argent.*** *(Société de pédiatrie de Moscou.)*

Notre confrère russe a recours contre le muguet aux attouchements des parties atteintes avec une solution à 10/0 de nitrate d'argent. Il faut d'abord enlever les plaques d'oïdium avec un tampon d'ouate,

puis on applique le caustique auquel on fait succéder des gargarismes d'eau salée pour en neutraliser l'effet ultérieur ; trois attouchements suffisent dans tous les cas.

Ch. Ch.

**Delage,** ***L'eau oxygénée boriquée.*** (*Union Pharmaceutique*, 1901, 15 décembre.)

M. Delage donne un moyen pour assurer la stabilité de l'eau oxygénée : c'est d'employer l'acide borique que l'on incorpore à l'eau. La préparation peu compliquée peut se garder plus de deux semaines sans s'altérer ; elle est parfaitement tolérée par la bouche, le pharynx, les voies nasales.

Ch. Ch.



# TRAVAUX DE L'ÉTRANGER

## CALCUL SALIVAIRE VOLUMINEUX DANS LA GLANDE SOUS-MAXILLAIRE

### DIAGNOSTIQUÉ A L'AIDE DES RAYONS DE RÖNTGEN

Par le Professeur agrégé GEROBA, de Bucharest [1].

Les calculs salivaires occupent le plus souvent les conduits sécréteurs des glandes salivaires et principalement le canal de Wharton ; ils n'atteignent presque jamais un volume considérable pour la raison bien simple que les patients les remarquent de bonne heure et qu'ils sont extraits avec facilité.

L'intérêt de notre cas consiste dans ce que le diagnostic a été très difficile à porter, parce que le calcul occupait le centre de la glande sous-maxillaire ; cependant ce diagnostic a été confirmé avec précision et avant l'opération même à l'aide des rayons de Röntgen. Le cas devient encore plus intéressant par le fait que le calcul est très volumineux : il mesure 20/26 mm. de diamètre (à peu près celui d'une belle olive) et pèse 6 grammes. Voici en quelques mots l'observation de ce cas.

Le malade, Alex. V., commerçant, âgé de 40 ans, vint le 13 novembre 1901, me consulter pour une tumeur dans la région sous-maxillaire droite.

Il me dit alors qu'il y avait à peu près deux ans qu'il avait observé pour la première fois que la région sous-maxillaire droite se tuméfiait de temps en temps et devenait douloureuse. Cette tuméfaction se répétait sous forme d'accès inflammatoire aigu tous les trois ou quatre mois, durait de sept à dix jours et disparaissait d'elle-même sans aucun autre traitement. Le malade avait pu observer facilement que la croissance de la tumeur sous-maxillaire avait été lente et progressive.

Dans ses antécédents nous n'avons trouvé ni suppuration de la cavité buccale, ni lésion des dents, ni maladie infectieuse, ni syphilis.

En examinant le malade nous avons constaté une tumeur de la grosseur d'une noix proéminant vers la région sous-maxillaire droite, de consistance différente, ayant des parties dures comme du bois, adhérente aux tissus profonds et avoisinants, sans douleurs sponta-

---

1. Traduction de Mme Annette L. Kowler D. D. S., de Munich.

nées, mais sensible à la pression. Par la position qu'elle occupait, et par l'examen buccal il nous fut possible de dire avec facilité que nous avions affaire à une tumeur de la glande sous-maxillaire. Mais ce diagnostic clinique n'était pas suffisant ; un diagnostic anatomo-pathologique précis était urgent, par le seul fait que le traitement devait être conduit selon ce diagnostic, alors que le malade ne permettait qu'un traitement opératoire ne nécessitant pas une anesthésie générale.

*Conclusion* : Il ne pouvait pas être question d'une sous-maxillite aiguë, parce que la maladie durait déjà depuis deux ans et qu'il manquait les phénomènes inflammatoires aigus et la température. Ce ne pouvait pas être une grenouillette, parce que la tumeur avait un foyer très fort, tandis que la grenouillette est une tumeur liquide tendant à devenir sous-muqueuse. La fréquence des cas où les ganglions lymphatiques situés devant la glande sous-maxillaire se tuméfient, suppurent, deviennent adhérents et propagent même la lésion au corps de la glande sous-maxillaire, pouvait nous faire croire à une adénite tuberculeuse, néoplasique ou aiguë. L'absence de lésions inflammatoires aiguës de la cavité buccale, du corps ou de la face excluait une adénite ganglionnaire de nature infectieuse ; l'absence de tout néoplasme, de lésions syphilitiques et tuberculeuses excluait l'idée d'une adénite ganglionnaire néoplasique, syphilitique ou tuberculeuse. Le début de la maladie, la mobilité de la tumeur excluaient la possibilité d'une tumeur dépendant du maxillaire inférieur. L'évolution lente, l'absence de douleurs et de ganglions, le peu de volume de la tumeur et la peau intacte faisaient écarter une tumeur maligne. Il ne nous restait donc que deux diagnostics possibles : tumeur bénigne mixte, fibrome ou enchondrome de la glande sous-maxillaire en faveur de laquelle plaidait la consistance différente de la tumeur. Mais, en nous basant sur le mode d'évolution de la tumeur par des accès aigus, répété à différents intervalles sans laisser autre trace qu'une croissance très lente de la glande sous-maxillaire, et en outre sur l'adhérence des périadénites, sur la consistance dure du centre de la glande, le diagnostic anatomo-pathologique de sous-maxillite chronique consécutive à un calcul salivaire s'imposait.

Or, malgré que ce diagnostic fût très probable, néanmoins nous ne pûmes pas le soutenir fermement devant le malade, qui, étant intelligent, nous demanda un diagnostic précis, avant d'entreprendre l'opération. L'examen à l'aide des rayons de Röntgen me fournit l'aide dont j'avais besoin, et à la suite de cet examen je pus affirmer fermement qu'il était question d'un calcul salivaire et que par conséquent l'opération serait limitée à l'extraction de ce calcul.

Le lendemain, 14 novembre 1901, je pratiquai l'opération avec une anesthésie locale à la cocaïne. Je fis une incision de 5 centimè-

tres parallèle à la branche horizontale du maxillaire inférieur et je pus toucher la glande sous-maxillaire; avec des injections de cocaïne dans les tissus de la glande, je fis la section directement jusqu'au centre où se trouvait enfermé le calcul salivaire, j'enlevai facilement le calcul, et avec une paire de ciseaux j'excisai la poche dans laquelle le calcul était placé. Les suites opératoires furent très simples. La plaie se ferma complètement au bout de sept jours.

Je sectionnai en deux le calcul sur lequel on pouvait observer qu'autour d'un noyau de la grosseur d'une tête d'épingle étaient déposées des couches concentriques de carbonate et de phosphate de chaux.

---

## Tampons d'ouate absorbants aromatiques.

Les moyens dont on disposait jusqu'à présent pour retenir la salive dans les opérations dentaires ne suffisaient pas dans tous les cas au praticien; il a donc été fabriqué, sur les indications de *M. Bauchwitz, chirurgien-dentiste à Stettin*, des tampons d'ouate, qui ont les avantages suivants sur ceux qui servent actuellement :

1° Ils développent une *force adhésive* lorsqu'ils sont pressés sur la face *humide* buccale ou linguale; ils tiennent donc d'eux-mêmes *solidement* à cet endroit pendant la durée de l'opération sans incommoder le patient ou l'opérateur par leur déplacement ;

2° Ils ont un *grand pouvoir absorbant ;*

3° Ils agissent agréablement par leur arome *sur la sensation gustative.*

*Les tampons d'ouate absorbants* s'emploient surtout lorsque la digue peut difficilement être placée ou ne peut pas l'être du tout, également dans les fissures en forme de coins, etc., ainsi que dans toutes les opérations de peu de durée.

*Les tampons d'ouate absorbants* sont très appréciés des dentistes qui les emploient.

# RENSEIGNEMENTS UTILES

**La ligne : 20 francs par an, Lignes en sus : 10 fr. la ligne** } **dans 24 numéros.**

## CERTIFICAT D'ÉTUDES.

**Préparation permanente et spéciale,** succès garanti. Conditions à forfait, s'inscrire tous les jours de 3 à 5 h. chez M. Darlès, 5, rue Danton.

**Institut des Langues et des Sciences. A. Debraux,** dir., 17, fg. Montmartre. 48 élèves reçus (noms et adresses publiés) ces deux dernières années, 200 francs pour l'année scolaire. 2 heures de cours par jour. Examens de 1901 : 24 reçus. **Les 4/5 du cours de 1901 reçus.**

**Préparation spéciale** par le Docteur **Achille LOMBARD** O. ✿ C. ❋. ancien Secrétaire du Jury de la Sorbonne, 3, boulevard Sébastopol, Paris.

## CONTINUOUS GUM

**B. Platschick,** 3, rue Ventadour (*Laboratoire spécial*). TÉLÉPHONE 222.82.

## FOURNITURES GÉNÉRALES.

**Billard (L. Lemaire successeur),** 4, passage Choiseul, Paris. TÉLÉPHONE 264.30.
**Comptoir international,** 15, avenue Fonsny, Bruxelles.
**Contenau et Godart fils,** 7, rue du Bouloi, Paris. TÉLÉPHONE 214.53.
**Cornelsen,** 16, rue Saint-Marc, TÉLÉPHONE 218-69.
**Vve Jules Friese,** 3, rue de Londres, *près la Trinité*, Paris.
**Alfred Joliot** (à la Cloche), 193, rue St-Martin. TÉLÉPHONE 271.51.
**Colin Logan fils,** 113, rue Réaumur, *près la Bourse*, Paris. TÉLÉPHONE 288.79.
**L. Mairlot,** 24, place Sainte-Gudule, Bruxelles. TÉLÉPHONE 1429.
**Mamelzer et fils,** 40, rue Croix-des-Petits-Champs, Paris.
**Reymond frères** { 22, rue Le Peletier, Paris. 44, place de la République, Lyon. 69, rue de la Croix de fer, Bruxelles. 3, rue Petitot, Genève. }
**Victor Simon et Cie,** 54, rue Lamartine, Paris. TÉLÉPHONE 269.45.
***Société Française de Fournitures Dentaires.*** { 58 bis, Chaussée-d'Antin, Paris TÉLÉPHONE 214.47. 45, r. de la République, Lyon. } { *Grande exposition*, au dépôt de Paris, de toutes les *Nouveautés dans l'outillage* de MM. les Dentistes. }
**Vve J. Wirth,** 22-24, avenue Philippe-Auguste, Paris. TÉLÉPHONE 923-48.

## IMPRESSIONS EN TOUS GENRES.

**A. Mellottée,** imprimeur de *L'Odontologie*, à Chateauroux.
**J. Fanguet, Georges Clotte, successeur,** fournisseur de l'*École Dentaire*, 28, rue d'Enghien, à Paris.

## MATIÈRES OBTURATRICES.

***Email Plastique.*** **Vve Jules Friese,** 3, rue de Londres, Paris.
***Amalgame Fellowship.*** Société Française de Fournitures Dentaires.

## OPALINE, MIROIRS DE BOUCHE.

**L. Deglain,** 88 et 92, quai Jemmapes, Paris.

## PRODUITS ANESTHÉSIQUES.

***Anestile.*** **Dr Bengué,** 47, rue Blanche, Paris.
***Anesthésique local du Dr R. B. Waite.*** Société Française de Fournitures Dentaires.

## PRODUITS PHARMACEUTIQUES

***Formyl-Géranium.*** Société Française de Fournitures Dentaires.
***Xyléna.*** Liquide antiseptique. Société Française de Fournitures Dentaires.

## PROTHÈSE A FAÇON.

**Lalement et Coutif,** 5, rue de Laborde (Travaux artistiques). TÉLÉPHONE 550.73.
**B. Platschick,** 3, rue Ventadour (*Laboratoire spécial*). TÉLÉPHONE 222.82.

## RECOUVREMENTS D'HONORAIRES.

**Syndicat Français,** 131, boulevard de Sébastopol, Paris.



## INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

### LE CHIRURGIEN-DENTISTE DANS L'ARMÉE

Nous avons déjà publié un article de M. Martinier sur cette question [1] ; mais comme nous pensons qu'elle offre de l'intérêt pour nos lecteurs, nous y revenons aujourd'hui en reproduisant ci-après un article de *La France militaire* et en ajoutant les renseignements complémentaires qui la suivent.

#### HYGIÈNE DE LA BOUCHE

A l'École d'application du Val-de-Grâce.

En somme, pourquoi le War-Office du Royaume-Uni tient-il à ce que les jeunes hommes qu'il recrute, avec suffisamment de difficultés déjà, pour les envoyer dans l'Afrique du Sud, aient tous une dentition passable ?

L'information ayant trait à une semblable exigence des bureaux de recrutement anglais est encore présente à tous les esprits. Elle a même eu le don de faire épiloguer sur la dentition dans notre armée : et, comme nous l'expliquerons tout à l'heure, l'examen comparatif auquel s'est, par le fait, inconsciemment adonné le public, en France, aura, tout au moins, le mérite d'attirer l'attention de l'autorité militaire sur la question un peu négligée de « l'hygiène de la bouche dans l'armée ».

Oui, pourquoi les Anglais ne veulent-ils que des soldats pourvus d'une assez bonne dentition ?

Mais uniquement afin d'arriver à diminuer dans la mesure du possible l'encombrement de leurs hôpitaux dans l'Afrique du Sud.

On sait, en effet, que les maux d'estomac sont presque toujours engendrés par une mauvaise dentition — et réciproquement, dit-on. Or, en campagne, ces maux d'estomac revêtent un caractère d'acuité tout particulier, et il a été dûment constaté que, là ou un soldat français pourrait encore avoir l'énergie de traîner sa gastralgie, de rester debout avec elle, de marcher et de combattre tout en souffrant, un soldat anglais serait forcé de s'aliter.

Cependant, de ce que le soldat français peut parvenir à triompher de la souffrance, il ne s'ensuit pas qu'elle ne doive pas être prise en

1. V. *L'Odontologie* du 28 février 1902, p. 153.

considération. S'il est impossible de la faire disparaître chez tous les soldats prédisposés à l'éprouver, on peut, toutefois en enrayer la prorogation par des soins donnés à la bouche.

Nous entendons encore le docteur Lachaud nous disant dans un des couloirs du Palais-Bourbon :

« Ah ça ! hésiteriez-vous, par hasard, à croire que les soins de la bouche sont, pour la santé des soldats, autrement plus importants que la propreté des mains ? »

Et l'honorable député de la Corrèze, qui, grâce à la lutte entreprise si énergiquement par lui contre la propagation de la tuberculose dans l'armée, peut, à juste titre, être qualifié de spécialiste en matière d'hygiène militaire, nous déclara qu'il voudrait voir une brosse à dents dans le bagage de garnison et de campagne de tout militaire. Point ne serait besoin de poudres ou de pâtes dentifrices ; le savon seul suffirait parfaitement.

« Que de rages de dents, ajouta-t-il, une prescription réglementaire imposant semblable objet de toilette, éviterait à la troupe ! »

Donc, la coutume anglaise, qui veut que le soldat porte sa brosse à dents dans le même sac que ses paquets de cartouches, est plus prévoyante que la coutume française qui néglige cette précaution.

Et, cependant, la dentition de l'armée française semble devoir exiger plus de soins que celle de l'armée anglaise, puisqu'en France, dans l'ensemble des cas de réforme jugés par les conseils de revision, la mauvaise dentition n'entre que pour une proportion qui varie entre 1 et 2 o/o.

Malgré cela, les infirmeries régimentaires ne sont nullement outillées soit pour parer aux inconvénients des mauvaises dents, soit même pour soulager tant soit peu des souffrances parfois intolérables.

Ces infirmeries possèdent en tout et pour tout, à l'heure actuelle, tant pour l'extraction des dents que pour les soins à leur donner, d'antiques appareils, fournis, jadis, au temps du second Empire, et dont les médecins-majors hésitent à se servir, tellement ils sont démodés. D'un autre côté, aucun cours de chirurgie dentaire n'est fait, en dehors des cours de chirurgie normale, aux élèves de l'École d'application du Val-de-Grâce.

Nous sommes même en mesure de donner, à ce propos, quelques renseignements inédits sur la façon dont nos futurs médecins de régiment sont initiés aux pratiques d'une clinique dentaire, c'est-à-dire à bon nombre de procédés qu'au cours de leur carrière médicale l'humanité seule les mettra en demeure d'appliquer pour soulager la souffrance aiguë de malheureux qui ne pourront avoir recours qu'à eux.

Un simple soldat, élève diplômé de l'École dentaire de Paris, est détaché du régiment d'infanterie où il faisait, il y a peu de temps encore, son service militaire, à l'École d'application du Val-de-

Grâce. Là, il succède à un autre simple soldat récemment libéré du service militaire.

Ce simple soldat est chargé de la clinique dentaire, ouverte à l'hôpital du Val-de-Grâce pour tous les corps de la garnison de Paris, sous la haute surveillance de M. le médecin-major Chavasse, chef du service des consultations pour yeux, oreilles, gorge, etc. Il opère les mardi et samedi de chaque semaine ; et, chacun de ces jours-là, un stock d'élèves de l'École d'application est commandé pour assister aux opérations.

Malheureusement, en pareille matière, la pratique doit avoir le pas sur la théorie, et il nous semble que les futurs médecins-majors devraient opérer par eux-mêmes. Or, ils sont assez peu nombreux ceux qui demandent à manipuler l'instrument.

Cette organisation, particulière au Val-de-Grâce indique nettement la voie dans laquelle devrait entrer l'autorité militaire. Les deux écoles dentaires de Paris, les deux écoles dentaires de Bordeaux et de Lyon fournissent annuellement au recrutement une quarantaine de jeunes gens pourvus de leur diplôme de dentiste. Eh bien, pourquoi ces jeunes gens ne seraient-ils pas répartis dans les centres militaires où, aussitôt leurs classes terminées, on les attacherait comme aides au médecin-major de leur régiment, dans l'infirmerie duquel on pourrait alors ouvrir une clinique dentaire, où viendraient se faire soigner les militaires de tous les corps voisins ?

Cela ne coûterait presque rien et permettrait cependant de soulager de cruelles souffrances. On se demande vraiment pourquoi l'autorité militaire n'y a pas encore songé. (*La France militaire*).

M. Godon nous communique en outre la note suivante résumant cette question qui nous a déjà préoccupés.

### Le service militaire et les chirurgiens-dentistes.

La question de l'utilisation des chirurgiens-dentistes dans l'armée s'agite dans la profession depuis plusieurs années.

Déjà, au 1[er] Congrès dentaire national, tenu à Bordeaux en 1895, avant de l'aborder directement, il avait été émis le vœu que le nombre des instruments dentaires du service médical militaire fût augmenté et que ces instruments fussent choisis d'une façon plus moderne. (Voir *compte rendu du premier Congrès dentaire national*, 1896, page 251.)

L'année suivante, au 2[e] Congrès dentaire national, tenu à Nancy, fut présenté un rapport sur la chirurgie dentaire dans l'armée, concluant à ce que les médecins militaires fussent pourvus d'une trousse assez complète pour faire les opérations courantes et donner

les soins de bouche indispensables ; à ce que les élèves des écoles dentaires appelés sous les drapeaux fussent mis à la disposition des médecins militaires en temps de paix dans les cadres des infirmiers et comme comptant à l'effectif des sections ; à ce qu'en temps de guerre les dentistes de la réserve et de la territoriale fussent affectés au service d'infirmiers dans les hôpitaux et ambulances ; à ce qu'il fût crée dans chaque école de santé militaire une chaire d'Odontologie et un service de chirurgie dentaire ; enfin, à ce que l'étude théorique et technique de la chirurgie dentaire fût imposée aux élèves, et formât, lors des examens de sortie, l'objet d'interrogations au même titre que les autres parties du programme médical. (Voir *compte rendu du deuxième Congrès dentaire national,* pages 101 à 108 )

Ces conclusions furent adoptées en principe.

Au 3e Congrès dentaire national tenu à Paris en 1897, M. Godon traitait la question d'une façon plus complète, dans une communication intitulée « Le Service militaire et les dentistes », qui concluait à ce que la dispense de deux années de service actif dont bénéficiaient, aux termes de la loi de 1889, les jeunes gens qui poursuivaient certaines études, fût étendue aux jeunes gens pourvus du diplôme de chirurgien-dentiste, délivré par les Facultés de médecine de France.

Ces conclusions furent adoptées sous forme d'un vœu.

Le Congrès de Paris a adopté également plusieurs autres vœux, tendant, *le premier*, à ce que les chirurgiens-dentistes, pour les périodes d'instruction militaire de vingt-huit et treize jours, soient appelés à titre de médecins auxiliaires ; *le second*, à ce que les médecins militaires soient pourvus d'une trousse dentaire leur permettant de donner les soins de bouche ; *le troisième*, à ce que les dentistes appartenant à la réserve ou à la territoriale soient employés comme infirmiers dans les hôpitaux ambulances ; *le quatrième*, à ce qu'il soit créé, dans chaque école de santé militaire une chaire d'Odontologie, un service de chirurgie pratique, que des études techniques et théoriques de chirurgie dentaire soient imposées aux élèves et forment, lors de l'examen de sortie, l'objet d'interrogations au même titre que les autres parties du programme médical. (Voir *compte rendu du troisième Congrès dentaire national*, pages 30 à 34 et 198 à 200.)

Au 4e Congrès dentaire national qui avait lieu à Lyon, l'année suivante (1898), MM. Godon et Viau présentaient une communication ayant pour titre « Le Service militaire et les mécaniciens-dentistes » tendant à ce que les ouvriers fabriquant des appareils de précision et de chirurgie dentaire, ou mieux les ouvriers mécaniciens-dentistes pussent bénéficier de la dispense de deux ans de service militaire accordée aux ouvriers d'art.

Un vœu dans ce sens fut émis par le Congrès ; un autre vœu de-

mandant la création d'emplois de chirurgiens-dentistes dans l'armée fût également émis. (Voir *compte rendu du quatrième Congrès dentaire national*, pages 142 à 145 et 150.)

Enfin, le 3e Congrès dentaire international réuni à Paris à l'occasion de l'Exposition de 1900 a émis *deux vœux* tendant, le *premier*, à ce que partout où l'Etat assure le service médical il assure aussi le service dentaire par les dentistes ; le *deuxième* à ce que le service de santé des armées de terre et de mer comprenne des dentistes comme il comprend des médecins, des pharmaciens, les soins dentaires étant nécessaires en général aux soldats en temps de paix comme en temps de guerre, et la collaboration des chirurgiens-dentistes étant nécessaire aux médecins militaires pour la confection d'appareils de prothèse en cas de mutilation du visage par des blessures. (Ce vœu visait principalement l'expédition de Chine.)

A la suite de chacun de ces Congrès, ces divers vœux furent transmis aux pouvoirs compétents (Ministre de la Guerre et Commissions de l'Armée, au Sénat et à la Chambre des députés). (Voir *L'Odontologie*, 30 octobre 1900, page 358).

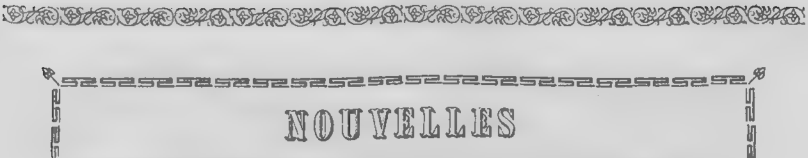
La réalisation de quelques-uns paraîtrait d'autant plus possible et plus facile en France que, lors de l'expédition de Chine, le Ministre de la Guerre allemand a nommé un chirurgien-dentiste militaire pour accompagner les troupes du corps expéditionnaire.

Ce praticien n'avait pas rang d'officier, il était simplement fonctionnaire militaire. Son uniforme ressemblait à celui des pharmaciens militaires. Sa solde était de 425 francs par mois, avec le logement ; il a reçu une première mise d'équipement de 1500 francs et un crédit de 6250 francs lui a été ouvert pour l'achat de son matériel et de ses instruments. (Voir *L'Odontologie*, 15 février 1901, p. 142.)

De son côté le Gouvernement anglais a nommé plusieurs chirurgiens-dentistes titulaires pour les hôpitaux de campagne de l'Afrique du Sud (Voir *L'Odontologie* des 1er et 15 octobre 1901, page 388), auxquels ont été adjoints des dentistes de la région.

Enfin aux Etats-Unis, la nouvelle loi sur le recrutement de l'armée, approuvée le 2 février 1901 par le président Mac-Kinley, prévoit la création d'un corps de chirurgiens-dentistes militaires, placés sous la direction supérieure du chirurgien-major chef du service de santé de l'armée. (Voir *L'Odontologie* du 30 mars 1900, page 309 )

Jusqu'à présent la seule satisfaction obtenue en France à la suite des vœux réitérés des Congrès et des pétitions adressées aux pouvoirs publics par la profession a été une décision du Ministre de la guerre, spécifiant que les jeunes gens pourvus du diplôme de chirurgien-dentiste délivré par une Faculté de médecine pourront dorénavant faire leur service militaire dans les sections d'infirmiers. (Voir *L'Odontologie*, 28 février 1901, page 206.) C. Godon.




## FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE

Notre distingué collaborateur M. le Dr Johann Frank (de Vienne) a fait en décembre dernier à la Société des chirurgiens-dentistes viennois une conférence sur *la Fédération dentaire internationale, son but et son avenir*.

Il a d'abord exposé l'historique de la Fédération, dont il a rappelé la création par le Congrès de Paris en 1900.

« Pendant le Congrès on avait appris à se connaître, à s'apprécier et à se respecter, dit-il. Quoi de plus naturel que de cultiver ce rapprochement intime, de le cimenter solidement et d'en former un tout durable et harmonique ? » C'est cette pensée qui donna naissance à la Fédération, représentée par un Conseil exécutif.

L'action de la Fédération est triple : 1° instruction des dentistes au moyen de sa Commission internationale d'enseignement ; 2° introduction de l'hygiène dentaire dans l'hygiène générale au moyen de la Commission d'hygiène; 3° relèvement incessant du niveau moral de la profession et étude des questions professionnelles par le Conseil exécutif.

M. Frank a indiqué ensuite le rôle de la Commission d'enseignement et celui de la Commission d'hygiène.

La pensée dominante de la Commission d'enseignement est de s'occuper de l'instruction préliminaire, de l'enseignement dentaire dans les Universités et les Ecoles dentaires, de préciser l'étendue des connaissances médicales et chirurgicales nécessaires au chirurgien-dentiste et de fixer le laps de temps nécessaire à l'étude de la prothèse et de la dentisterie opératoire. La Commission s'occupe également de la qualification, de la délivrance des diplômes et de la protection des diplômés.

Pour la Commission d'hygiène il s'agit surtout d'assurer les soins du dentiste aux classes laborieuses qui n'ont pas les moyens d'y recourir, c'est-à-dire environ 75 o/o de la population.

Disons à ce propos que M. Frank, ayant été chargé par le Conseil exécutif de la Fédération de prendre l'initiative des travaux de cette dernière Commission, a préparé avec ses deux collègues MM. Förberg (de Stockholm) et Cunningham (de Cambridge) un questionnaire très détaillé sur les relations entre l'art dentaire et l'hygiène publique, qui

sera adressé par le Gouvernement autrichien aux Gouvernements des autres pays.

Il y a lieu de fonder de grandes espérances sur l'action de la Fédération à cet égard.

Il s'agit en somme, pour la Fédération, » dit M. Frank, de tenir haut le drapeau de la profession et de faire bénéficier les pauvres de secours du dentiste. Il a terminé en invitant ses confrères d'Autriche à donner tout leur appui à l'œuvre entreprise par la Fédération.

---

### Conseil supérieur de la mutualité.

Le 7 mars a eu lieu au Ministère de l'Intérieur, sous la présidence de M. Barberet, en présence de MM. les Drs Jamin et Philippeau représentant les Syndicats médicaux et de M. le Dr Godon représentant les syndicats dentaires, le dépouillement du scrutin pour l'élection d'un membre du Conseil supérieur de la mutualité représentant les Syndicats médicaux, en remplacement de M. le Dr Le Baron, malheureusement décédé avant la fin de son mandat.

Le scrutin a donné les résultats suivants :

Votants : 130.

Dr Gairal, candidat du Syndicat des médecins de France, 81 voix, élu.

Dr Archambaud, 36 voix.

Divers, 13 —

Ce vote a présenté cette particularité qu'il a donné lieu à une entente entre les Syndicats médicaux et dentaires pour le choix d'un candidat unique, le Dr Gairal, qui s'est engagé à défendre, le cas échéant, les intérêts des chirurgiens-dentistes au Conseil supérieur de la mutualité.

C'est un premier pas dans la voie d'une entente plus complète, entre tous les membres de la *grande famille médicale*, entente qui est plus facilement réalisable que ne le pense le petit clan stomatologiste.

---

### Exposition de Munich.

M. Eug. Kallhardt, 2e secrétaire de la Société des chirurgiens-dentistes bavarois, prie la rédaction de *L'Odontologie* d'insérer l'appel ci-joint :

On projette d'organiser pour le Congrès de la Société centrale des chirurgiens-dentistes allemands qui se tiendra à Munich au commencement d'août 1902 une exposition de tous les objets importants en dentisterie scientifique ou pratique.

L'exposition comprendra l'anatomie, la physiologie et la pathologie des dents et de leurs annexes, la dentisterie opératoire et conservatrice, leur histoire, et des objets scientifiques de toute nature, ainsi que des méthodes, des nouveautés et des moyens d'enseignement de la dentisterie pratique, en tant qu'ils offriront un grand intérêt et ne seront pas trop connus.

Les objets exposés seront, sur le désir des exposants, placés dans des vitrines fermées à clef.

Prière d'adresser les demandes d'admission avant le 1er juillet (le plus tôt possible pour permettre de dresser un catalogue) au professeur Walkhoff, 41 Gœthestrasse, I Munich, en indiquant les objets exposés et l'emplacement nécessaire en mètres carrés et en formulant ses recommandations spéciales.

---

## Distinctions honorifiques.

Nous relevons dans le *Journal officiel* du 3 mars 1902 les nominations suivantes :

*Officiers de l'Instruction publique.*

MM. Bégué (Paul), Denis (Emile), Fabre (Jean), Godon (Charles), Hellot (Emile).

*Officiers d'Académie.*

MM. Beltrami (Edouard), Bercut (Jules), Bloch (Albert), Bouvet (Charles), Château (Joseph), Garcin (André), Duvivier (Jules), Guillot (Gaspard), Jouanin (Justin), Lalement (Aristide), Lhôpital (Charles), Paul (René), Pitsch (Georges), Tournier-Daille (Jules), Vaysse (Fernand).

Nous sommes heureux de relever dans cette liste les noms d'un certain nombre de membres de l'Association générale des dentistes de France.

---

## Ecole dentaire a Rome.

Nous apprenons la fondation à Rome d'une Ecole dentaire dite *Scuola di odontoiatria*, sous la direction de MM. les professeurs Montenovesi et Ala, avec un corps enseignant de quatre professeurs.

Nous souhaitons bon succès à la nouvelle école.

---

## Nomination.

Par arrêté en date du 1er janvier 1902, M. le Dr Sebileau, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux de Paris, est nommé chef du Service d'otorhino-laryngologie de l'hôpital Lariboisière, en remplacement de M. le Dr Gougenheim, décédé.

Nous lui adressons nos félicitations.

---

## Mention honorable.

Notre confrère M. Delair, chef de clinique à l'Ecole dentaire de Paris, vient d'obtenir du Ministre de l'Intérieur une mention honorable pour l'acte de courage qu'il a accompli pendant le Congrès d'Ajaccio et que nous avons signalé à nos lecteurs.



## TRIBUNE OUVERTE.

### QUESTIONS ET RÉPONSES.

N. B. Nous sommes à la disposition de nos lecteurs pour publier les questions qui nous seront adressées et nous serions heureux que cette insertion provoquât des réponses, que nous accueillerons tout en *déclinant toute responsabilité au sujet des opinions émises.*

Toutefois nous ne pouvons donner suite qu'aux questions ou réponses signées ; mais la publication peut en être faite sous un pseudonyme choisi par l'auteur. *Prière de ne pas insérer ces communications dans le corps d'une lettre, mais sur feuillet spécial écrit d'un seul côté.*

? N° 172. — *A quoi faut-il attribuer la teinte rougeâtre que prennent certaines dents anglaises après le travail de la soudure ?* J. P.

? N° 176. — *Dans la pratique de l'anesthésie par le protoxyde d'azote, est-il préférable d'employer la méthode de Hewitt (protoxyde et oxygène) ?*
*Cette méthode fait-elle encourir plus de responsabilité que l'emploi de la cocaïne ?*
UN ABONNÉ.

☞ *Réponse.* — *a*) Oui, la méthode d'Hewit a sur le protoxyde d'azote administré seul les avantages suivants :

1° Elle empêche l'asphyxie, la cyanose ;

2° Elle permet une absorption de gaz plus considérable, par conséquent une anesthésie plus complète et plus large ;

3° Elle permet une respiration moins saccadée et plus régulière ;

4° L'absorption est plus agréable aux enfants, aux anémiques, aux pulmonaires, aux vieillards.

*b*) En raison de la sécurité que donne l'oxygène contrebalançant le seul inconvénient du protoxyde seul, la responsabilité est bien moindre assurément qu'avec la cocaïne.

CH. W.

? N° 190. — *Y a-t-il différentes qualités de dents artificielles d'une même marque ? Les fournisseurs peuvent-ils ainsi acheter des dents de qualité inférieure, ce qui expliquerait le grand nombre de fractures des dents artificielles ?*
A. A.

? N° 193. — *Quels sont les traités et manuels sur l'Orthodontie et les redressements les plus importants en* FRANÇAIS, *en* ALLEMAND *et en* ANGLAIS ?
Dr H.

? N° 197. — *L'opération du bec-de-lièvre par la méthode Brophy a-t-elle été faite à Paris et par qui ? Quel âge est exigé pour cela ?*
E.

? N° 198. — 1° *N'est-il pas de pratique constante que toute visite de médecin, demandée ou acceptée par le malade, et qui n'a pas lieu, par le fait du dit malade, et sans que le médecin en ait été averti, soit néanmoins due au médecin ?* — Existe-t-il une jurisprudence sur ce sujet ?
*Le dentiste est-il assimilable au médecin, pour les rendez-vous pris à son cabinet et manqués par le malade sans avertissement de sa part ?*
M. D.

☞ *Réponse.* — 1° En principe, la réponse semble devoir être affirmative. Pourtant, il a été jugé pour un dentiste que le fait d'indiquer sur sa carte de rendez-vous que le prix est dû, même si le client ne vient pas, ne saurait lier ce client (*T. Seine*, 4 *juin* 1897. *L'Odont.*, 1897, II, 138).

**?** N° 198. — 2° *Le médecin ou dentiste, qui, ayant adressé à son client une ou plusieurs notes demeurées sans réponse, fait présenter une quittance par la poste ou par la Société de recouvrements, est-il légalement fondé à augmenter (en le spécifiant) sa note primitive des frais de recouvrement?*

*En cas de règlement judiciaire d'honoraires, le médecin ou dentiste, est-il fondé, notamment dans le cas où la mauvaise foi du client est patente, à réclamer, outre les honoraires établis, des frais de dommages-intérêts pour le temps et la dépense consacrés aux poursuites?* M. D.

☞ *Réponse.* — 2° De fondement légal, il n'y en a pas. La remise par la poste ou par la Société de recouvrements ne constitue pas une mise en demeure, dans le sens de la loi.

**?** N° 198. — 3° *Quelle est la situation juridique dans l'espèce présente?*
*Un forfait est convenu pour une opération orthopédique déterminée. Le traitement est interrompu par le malade, sans que le praticien ait de son côté sollicité la reprise de ce traitement. A la fin de l'année une note d'honoraires, pour les soins reçus, est établie sur ce principe: le forfait étant rompu et la convention devenue caduque, le praticien évalue les visites faites et les appareils posés à un prix moyen et plutôt inférieur à sa pratique courante. Il se trouve néanmoins que le total ainsi obtenu dépasse quelque peu le prix primitivement convenu.*

a) *Le médecin ou dentiste est-il fondé dans ce cas à réclamer des honoraires?* — b) *Si oui, le mode d'évaluation ci-dessus exposé est-il légitime?* — c) *Enfin, dans le cas où, à la suite d'une comparution en justice de paix « pour conciliation » le praticien accepterait de reprendre le traitement aux conditions de prix primitivement convenues, le patient serait-il en outre fondé à exiger de lui la continuation d'une faveur évidente, comme celle d'être reçu à certain jour — le dimanche — où il est établi que le médecin ou dentiste ne reçoit pas ordinairement?* M. D.

☞ *Réponse.* — 3° C'est là une question de fait, à laquelle le collaborateur judiciaire, qui n'est pas le conseil de M. X. n'a pas à répondre.

**?** N° 199. — *Mes confrères ne sont-ils pas d'avis comme moi de donner une forme carrée ou triangulaire aux têtes des crampons pris dans la porcelaine des dents? — La force de ces crampons ayant beaucoup diminué depuis quelque temps, il s'ensuit qu'avec leurs têtes rondes ils tournent et se déprennent avec une grande facilité?* A. D.

**?** N° 200. — *Le* Dental Cosmos *de décembre 1899 a reproduit une gravure du buste d'Horace Wells? Où peut-on trouver une photographie ou une meilleure gravure de ce buste, ou quelque autre portrait de cette gloire de notre profession? Existe-il aussi des portraits de Jackson et de Morton?* R. B.

**?** N° 201. — *Au sujet de la patente et des contributions, un contrôleur me dit: « Le chirurgien-dentiste est imposé au 1/15 du droit proportionnel de l'habitation, ainsi du reste que celui qui fabrique, qui vend des râteliers, des dents « Tableau D ».*

*Le même contrôleur ajoute: « Les dentistes non pourvus de diplôme rentrent dans la 7e classe, mais vous vendez des dents; donc je vous fais figurer au tableau D. »*

*Très bien. Mais alors à qui pourrait bien s'appliquer dans la profession ce privilège, au point de vue de l'impôt, de figurer à la 7e classe? Le chirurgien-dentiste vend des dents, le patenté en vend, le mécanicien aussi. Quel est donc le dentiste « non pourvu de diplôme » qui peut bénéficier du privilège, dis-je, d'avoir des impôts moins lourds et qui ne vend pas de dents?* L. G.
*dentiste patenté.*

**?** N° 202. — *Un dentiste diplômé a-t-il le droit de se faire remplacer par un opérateur non diplômé, mais étudiant, en cours d'études et ayant deux années de scolarité?* H. A. J. K.

### Syndicat des chirurgiens-dentistes de France.

L'auteur d'une lettre anonyme signée « *un dentiste des Batignolles* » adressée le 16 janvier au journal *L'Odontologie* est prié de se faire connaître à M. Bonnard, président du Syndicat des chirurgiens-dentistes de France, 46, rue Lafayette, lequel a des renseignements à lui demander. Il peut être assuré que son nom ne sera pas divulgué sans son autorisation.

22e ANNÉE. N° 6 30 MARS 1902 VOL. XXVII




*L'Odontologie* **est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.**

# RAPPORT ANNUEL

Présenté à la Société d'Odontologie de Paris.

Par M. MENDEL-JOSEPH, Secrétaire général.

Messieurs,

Veuillez me permettre, avant d'aborder l'objet de mon rapport, de vous exprimer mes remercîments pour l'honneur que vous m'avez fait, en me confiant la fonction intéressante et justement recherchée de Secrétaire général de la Société d'Odontologie. Le rôle que notre Société a joué dans l'évolution historique et l'ascension continue de notre profession en France, le rôle qu'elle est appelée à y jouer dans l'avenir est trop considérable pour que je ne sois pas particulièrement sensible à cette preuve de haute bienveillance à mon égard.

J'ai d'autant plus de raison de vous garder ma reconnaissance que, par une coïncidence qui venait si bien à l'encontre de mon désir, je me suis vu placer à côté de l'un des membres les plus éminents de la profession : j'ai nommé notre estimé président, le Dr Sauvez. Par les qualités précieuses de son caractère, par l'attrait de sa philosophie souriante, de son commerce plein de finesse et de simplicité tout à la fois, il a su séduire et se concilier tous ceux qui, à un titre quelconque, ont eu le plaisir de l'approcher. C'est,

sans contredit, à son activité, aux sympathies qu'il a fait naître partout que nous avons dû l'assistance nombreuse de nos séances. Je garderai toujours un souvenir charmant de l'année que j'ai passée aux côtés du plus aimable des présidents.

L'année qui vient de s'écouler a été la digne héritière des années précédentes. Pénétrée des traditions que lui ont léguées tant d'années d'existence, tant d'exemples de la bonne volonté qui animait des esprits souvent supérieurs, notre Société a tenu à honneur de ne point démériter de son passé, et elle y a apporté le meilleur de son activité, un effort constant pour rechercher des procédés nouveaux, des méthodes meilleures, des hypothèses, des théories plus satisfaisantes, avec une sincérité, une conviction que je suis heureux de constater. Aussi ses séances furent-elles parfois mouvementées au point que le Dr Antonelli, qui a bien voulu venir nous faire une conférence, très appréciée d'ailleurs, nous dit à la fin de la séance : « Je ne croyais pas, Messieurs, vous trouver si combatifs. » Hommage flatteur à l'adresse de ceux qui ne luttent que pour l'intérêt scientifique de leur profession !

La première séance de cette année, la séance d'inauguration en quelque sorte, a été marquée par deux communications d'un intérêt considérable, celle de M. Delair sur la construction des appareils de restauration faciale et celle de M. Choquet « sur la non-spécificité des microbes de la carie dentaire ».

La réputation justement méritée de M. Delair est de date toute récente ; elle est essentiellement l'œuvre du Congrès International où le monde professionnel fit une intéressante trouvaille : un dentiste de talent, d'un esprit infiniment ingénieux et inventif, modestement égaré dans quelque obscure ville de province, travaillant amoureusement, en silence, aux mécanismes délicats de ses restaurations bucco-faciales et mettant avec générosité son art et sa science au service des misères qui affligent notre pauvre humanité ! Voilà bien une figure sympathique de dentiste qui contraste singulièrement avec l'autre figure, dont l'image bruyante et

vulgaire s'offre encore à nos souvenirs comme un reproche et une atteinte à la dignité de notre profession ! Quelle différence entre ces deux figures et que de distance parcourue ! Saluons donc avec plaisir ce modèle nouveau, le dentiste moderne, ingénieux, savant, modeste, bienfaisant.

La communication de M. Choquet dont nous venons de donner le titre a été vivement appréciée par l'auditoire, comme le sont d'ailleurs toutes les communications venant de ce distingué confrère et comme l'a été surtout son étude « Sur la stérilisation de la dentine en cas d'obturation ». M. Choquet peut se féliciter d'avoir été cette année celui de nos membres dont les travaux ont soulevé le plus de discussions et de critiques. Cette constatation vaut le meilleur et le plus juste des éloges. La critique est comme la pression barométrique de l'opinion : elle fait équilibre à la pression du talent. On ne s'intéresse, on ne se passionne que pour les choses qui en valent vraiment la peine. Cela prouve donc d'une façon manifeste l'intérêt que nous attachons à son activité présente, cela dénote aussi l'espoir que nous fondons sur ses travaux dans l'avenir. Je ne doute point que j'aurai sous peu l'occasion d'applaudir aux nouvelles communications de M. Choquet avec la même franchise, avec la même conviction avec lesquelles je lui ai adressé des critiques.

Parmi les travaux qui firent événement à nos séances et dont l'intérêt fixa particulièrement l'attention de nos sociétaires, il convient avant tout de citer l'étude de M. Touvet-Fanton. Notre confrère a été heureusement inspiré quand, pour établir son principe de construction des pièces à pont, il s'adressa à la source dont l'autorité demeure indiscutable : les sciences mathématiques. Il eut ainsi le grand mérite de satisfaire ses partisans et de désarmer ses contradicteurs ; il eut encore le mérite plus rare d'introduire une formule personnelle et absolument originale parmi les procédés existants de restaurations buccales. J'ai la conviction que la voie nouvelle où il vient de s'engager sera féconde en applications pratiques, et qu'il y sera suivi par ceux-là

surtout qui lui ont accordé des applaudissements mérités.

M. le Dr Mahé, quoique éloigné de Paris, a déployé dans l'intérêt de la Société une activité digne de tout éloge. Indirectement par l'intermédiaire du journal de la Société, directement par des communications qui en son nom furent présentées ici, il prit une part considérable à la discussion des questions qui occupaient nos séances. Ses « Recherches expérimentales sur la valeur du plâtre d'albâtre comme matière de pansements hermétiques », son « étude historique de la déshydratation dentinaire » ont affirmé définitivement ses grandes qualités personnelles : science, érudition, esprit d'observation et d'analyse, le tout présenté sous une forme impeccable. C'est plus qu'il n'en faut pour satisfaire le plus ambitieux d'entre nous et pour lui mériter la reconnaissance de la Société.

Le nom de M. Mahé appelle spontanément celui de M. Loup par l'intérêt commun des sujets qu'ils ont traités et sans doute aussi par l'importance de l'effort fait au profit de nos séances. Nous avons tous connu M. Loup, clinicien fin et sagace, opérateur ingénieux ; nous venons de lui trouver, grâce aux deux communications qu'il nous a présentées, un don nouveau, celui de polémiste spirituel et avisé.

Notre éminent confrère M. Richard-Chauvin a bien voulu nous consacrer deux belles conférences sous les obturations d'émail. Avec sa science et sa précision accoutumées il nous a mis au courant des résultats de sa longue expérience et il nous a initiés aux multiples détails si délicats de ce genre de travaux, qu'il pratique avec une compétence et une maîtrise incontestables.

M. le Dr Godon, malgré ses multiples obligations administratives, nous a gracieusement apporté l'appui de son autorité. Il nous a relaté l'histoire d'un cas de transplantation exécutée dans des conditions tout à fait curieuses. La discussion qui suivit la communication de M. Godon nous a prouvé — ce qu'il n'y avait pas besoin de démontrer — tout le prix que nous attachons à ses présentations et à ses entretiens.

Le savant et modeste directeur des travaux de dentisterie opératoire, M. Lemerle, nous a entretenus des avantages d'un mélange comprimé de chlorhydrate de cocaïne et de chlorure de sodium pour injections hypodermiques. Il a mis généreusement à la disposition des membres présents de nombreux échantillons de cette préparation. J'ai eu personnellement l'occasion de m'en servir et j'en ai obtenu des excellents résultats.

M. le Dr Martin, de Lyon, a bien voulu venir nous exposer son procédé de construction du larynx artificiel, avec présentation d'un malade. Une fois de plus la Société a été heureuse d'apprécier le talent et l'habileté de cet éminent confrère et elle lui a témoigné ses sympathies par une véritable ovation. M. Martinier a prononcé à cette occasion une de ses plus vibrantes péroraisons, où il a traduit avec éloquence les sentiments de l'assistance.

Me sera-t-il permis cependant d'exprimer un regret en mon nom personnel ? M. Martin, après avoir fait sa communication et avoir assisté à une manifestation de sympathie à son égard, touchante par son unanimité, a cru devoir quitter la salle de nos séances pour attendre dans une salle voisine la fin de nos travaux. J'avoue que cette attitude m'a péniblement impressionné. Nous avons vu passer ici nombre de personnes éminentes et jamais nous n'avons constaté de leur part le moindre signe de négligence, d'indifférence ou de dédain !

Justement nous avions à l'ordre du jour de la même séance une communication des plus intéressantes, celle du Dr Etchepareborda sous le titre « Inclusion d'une dent de sagesse dans la partie supérieure de la branche du maxillaire inférieur ». Par l'intérêt de la matière traitée, par la précision dans la description des phénomènes, par l'excellence de l'exposition, cette communication peut être considérée comme un modèle achevé de l'observation clinique.

M. d'Argent, toujours à la recherche des choses pratiques, toujours soucieux de l'amélioration et du perfectionnement de l'outillage du dentiste, nous a présenté une

série d'instruments et d'appareils remarquables par leur commodité et leur grande simplicité de construction. C'est aussi aux conseils avisés de cet éminent confrère que nous devons un progrès réalisé dans la rédaction de l'ordre du jour : l'adjonction d'une rubrique spéciale destinée aux inventions et aux perfectionnements de toute sorte.

M. Meng nous a promis un travail dont le titre suggestif « Le rire en esthétique dentaire » a vivement excité notre curiosité. Par malheur une odyssée inopportune avec la bibliothèque, dont il nous fit part avec son humour habituel, nous prive, à notre regret, d'une étude intéressante.

La question, toujours à l'ordre du jour, de l'éruption de la dent de sagesse et de ses accidents, a été traitée avec compétence et soin par M. Roger. Nous attendons de lui la seconde partie promise de cette communication, la plus intéressante aussi, notamment « les moyens à employer pour éviter de tels accidents ».

M. Staviski nous a présenté une observation très bien faite sur « un cas de glossite causée par la première grosse molaire inférieure ». Nous espérons qu'il nous apportera bientôt d'autres communications étudiées avec le même soin.

M. Lallemant a choisi pour objet de sa communication un sujet de tout intérêt : « Les nouvelles teintes des dents minérales américaines. » L'importance du sujet ne saurait échapper à quiconque est soucieux de la parfaite exécution des appareils prothétiques et nous serions heureux de voir se réaliser les desiderata qu'il exprime dans son travail.

Parmi les confrères de province qui ont eu l'excellente pensée de venir nous apporter leur collaboration il faut citer M. Rigolet, d'Auxerre, dont la communication « abcès ou sinus maxillaire d'origine dentaire consécutif à la grippe » a obtenu nos applaudissements unanimes.

Enfin vous avez encore tous présentes dans la mémoire les belles conférences du Dr Antonelli, l'oculiste distingué, et du Dr Foveau de Courmelles, maître incontesté en électro-

thérapie. Les communications écrites n'ont pas été les seules ressources qui alimentaient nos séances. Nous avons été heureux de recevoir un grand nombre de présentations venant de tous les côtés de la part des élèves de l'École, de nos collègues, enfin de différents fournisseurs pour dentistes.

Parmi les présentations qui nous ont paru particulièrement intéressantes il convient de citer le remarquable travail de M. Touvet-Fanton consistant en une pièce à pont soutenue par des pivots à rotule, les beaux émaux de Mlle Frey exécutés sous la direction de M. Richard-Chauvin, la démonstration de l'anesthésie par le « Somnoforme » par M. Ott, de la méthode Christiensen par la maison Ash ; enfin nous venons tous d'admirer les perfectionnements pratiques et ingénieux de la maison Contenau et Godart et ceux de M. Deglain.

L'année qui vient de s'écouler a été marquée par un événement professionnel d'une importance considérable : la participation d'une section d'odontologie au Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences. Vous connaissez la genèse et l'historique de cet événement ; vous savez que nous le devons à l'infatigable dévouement du Dr Godon. Il nous appartient de constater avec satisfaction le rôle prépondérant que notre Société a joué dans cette assemblée et la façon brillante dont nos délégués se sont acquittés de leurs fonctions respectives.

Messieurs, le cadre restreint assigné à ce rapport est, je le crains, déjà dépassé, et pourtant je me suis astreint au strict minimum, dosant trop parcimonieusement sa part à chacun. J'ose espérer que vous tiendrez compte de ma bonne volonté et que vous m'excuserez si j'ai commis quelque oubli involontaire.

# GROUPEMENT DE L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

**Trois Médailles d'argent et une Médaille de bronze**
*à l'Exposition universelle de 1900.*

Tous les dentistes, médecins, fournisseurs pour dentistes, désirant faire partie de la Société civile de l'Ecole dentaire de Paris, de la Société d'Odontologie de Paris, de l'Association générale des dentistes de France, remplissant les conditions stipulées aux statuts, devront adresser une demande d'admission contresignée de deux membres de la Société, soit au Président du Conseil de direction de l'Ecole, soit au Président de l'Association.

Pour tous renseignements, s'adresser à l'Ecole dentaire de Paris 45, rue de La Tour-d'Auvergne.

## SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

BUREAU POUR L'ANNÉE 1902

MM. Dr **Roy**, ✪, *président.*
**Mendel-Joseph**, *vice-président.*
**Loup**, *vice-président.*

MM. **Touvet-Fanton**, *secrétaire général.*
**Charpentier**, *secrétaire des séances.*
**de Croës**, *secrétaire des séances.*

MM. **L. Richard-Chauvin**, I ✪.
**Touvet-Fanton.**
*Administrateurs délégués par le Conseil de Direction de l'Ecole Dentaire de Paris.*

PRÉSIDENT HONORAIRE : M. **Poinsot**, I ✪.

Les réunions de la Société ont lieu le premier mardi de chaque mois.

## ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE

CONSEIL DE DIRECTION POUR L'ANNÉE 1902

BUREAU

MM. **Richard-Chauvin**, I ✪, *président.*
**Stévenin**, *vice-président.*
**Richer**, *vice-président.*

MM. **Billet**, *secrétaire général.*
**Blatter**, *secrétaire-adjoint.*
**Rollin**, ✪, *trésorier.*

PRÉSIDENT HONORAIRE : M. **Poinsot** I ✪.

MEMBRES DU CONSEIL

PARIS

MM. **Cecconi**, **Claser** ✠, **D'Argent** ✪, **Devoucoux**, Dr **Godon** ❄, I ✪, **Lemerle**, I ✪, **Martinier**, ✪, **Ed. Papot**, ✪, ✪, Dr **Roy**, ✪, Dr **Sauvez**, ✪, **G. Viau** ❄, I ✪.

PROVINCE *(Nord-Est).*

**Audy** (Senlis), **Cohen** (Valenciennes).

*Sud-Est.*

MM. Dr **Pont** (Lyon), **Schwartz** ✪ (Nîmes).

*Nord-Ouest.*

**Coignard** (Nantes), **Richer** (Vernon).

*Sud-Ouest.*

**Delair**, ✪ (Nevers), **Douzillé** (Agen).

MEMBRES HONORAIRES

MM. **Aubeau** (Dr) I ✪, **Berthaux**, **Debray** père, **De Marion**, ✪, **Dugit** père, **Dugit** (A.), **Gardenat**, **Pillette**, **Ronnet** ✪, **Wiesner**, ❄, ✪.

COMITÉ SYNDICAL

MM. **Stévenin**, *président* ; **Devoucoux**, *secrétaire*; **Billet**, **Blatter**, **Papot**.

CAISSE DE PRÉVOYANCE

MM. **D'Argent**, *président*, **Billet**, **Devoucoux**, **Papot**, **Rollin**.

# QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR L'ANESTHÉSIE CHLOROFORMIQUE

Par le docteur Ed. Biousse [1].

Malgré la grande compétence qu'il faut reconnaître aux chirurgiens qui parlent en ce moment d'anesthésie dans les journaux médicaux, à la Société de chirurgie et à l'Académie de médecine, je crois qu'un anesthésiste pourrait ajouter quelque chose à leurs conclusions.

Ils se sont occupés de divers anesthésiques. Pour ma part, je n'ai pratiqué que l'anesthésie chloroformique ; je ne parlerai donc que de celle-là.

Après les tâtonnements du début, les grandes lignes de la chloroformisation sont aujourd'hui établies, admises et observées par tous. Ce ne sera donc que sur des questions de détail que j'aurai à insister ; mais c'est la conviction de leur importance qui m'a engagé à écrire cet article.

Je rappelle succinctement les principales méthodes qui ont été employées.

*Méthode des doses massives*, qui consiste à endormir rapidement le malade par une forte quantité de chloroforme versée d'un seul coup sur la compresse. Elle est aujourd'hui à peu près complètement abandonnée, bien que Saint-Germain l'employât régulièrement, il y a quelques années, et que de rares chirurgiens la pratiquent encore sur les enfants.

*Méthode des intermittences régulièrement calculées*, recommandée par Gosselin, dans laquelle on donne successivement du chloroforme, puis de l'air pur.

*Méthode de Sédillot*, qui consiste à commencer par de petites doses, pour arriver rapidement à la dose massive sans mélange d'air.

*Méthode des mélanges titrés* de Paul Bert, qui nous montre la nécessité d'entretenir le malade dans une atmosphère constante de vapeurs anesthésiques et d'air. Elle nécessite malheureusement un appareil compliqué, onéreux et encombrant.

*Méthode de Labbé*, qui pratiquement réalise à peu près les conditions de la précédente ; on verse de très petites doses de chloroforme, trois à quatre gouttes, par exemple, toutes les demi-minutes en retournant rapidement la compresse.

Enfin *méthodes mixtes* de certains chirurgiens : de M. Richelot.

---

1. La question des anesthésiques étant à l'ordre du jour dans la plupart des Sociétés savantes, nous croyons devoir reproduire un intéressant article que nous extrayons de la *Gazette des hôpitaux*, en attendant la publication de l'important travail que M. le Dr Pinet a présenté à la dernière séance de la Société d'Odontologie de Paris. N. D. L. R.

qui amorce l'anesthésie chloroformique avec le bromure d'éthyle ; de M. Guinard, qui préfère commencer par le chlorure d'éthyle, pour continuer également par le chloroforme.

Cependant les soins que les physiologistes et les chirurgiens ont apportés à la précision des règles d'une bonne anesthésie ne nous ont point mis à l'abri des accidents, comme le prouvent les statistiques suivantes :

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | décès pour | 3000 | anesthésies | (Mauclaire) |
| 1 | — | 2723 | — | (Andrews) |
| 1 | — | 3196 | — | (Richardson) |
| 1 | — | 1900 | — | (Gurtl) |
| 1 | — | 1200 | — | (Lépine) |
| 1 à 2 | — | 1000 | — | (Chaput à Bicêtre). |

Et encore, comme l'écrit M. Reclus *(la cocaïne en chirurgie)* : « Nous ne savons pas quelle est la mortalité réelle du chloroforme et celle qu'on chuchote est, paraît-il, plus élevée que celle qu'on écrit. »

De plus, si les statistiques de décès sont surtout intéressantes parce que c'est l'accident mortel que nous redoutons, celles des syncopes, qui sont « les premiers pas vers la mort », ont aussi leur importance pour juger de la valeur des procédés ; et d'après ce qu'on entend dire et ce qu'on lit, il semble que les alertes soient fréquentes.

Aussi est-ce moins parce que ma pratique de plus de 7000 anesthésies ne compte pas de décès que parce qu'elle ne s'est accompagnée que de rares alertes que je crois devoir insister sur les quelques points qui la différencient des autres.

Je poursuis ici un but essentiellement pratique et je laisserai de côté les discussions physiologiques sur le mécanisme de la syncope. D'ailleurs, comme l'a dit M. Brouardel (*Asphyxie par les agents anesthésiques*, 1895) : « que nous appelions ce phénomène excitation du bulbe, inhibition, syncope cardio-pulmonaire, nous nous trouvons toujours en présence d'un mot qui, malgré son apparence scientifique, ne nous apprend pas grand'chose. »

Je déclare tout de suite que la formule de Sédillot : « le chloroforme pur et bien administré ne tue jamais, » me paraît trop absolue. Pas plus que d'autres, je ne crois à l'infaillibilité de ma méthode, elle a été jusqu'ici heureuse, c'est pourquoi je l'estime bonne ; voilà tout.

## I

Matériel anesthésique. — Selon qu'il croit davantage à la fréquence de tel accident et à la valeur de tel agent en cas de syncope, chaque chirurgien pense utile au chloroformisateur un attirail plus ou

moins compliqué : outre le flacon de chloroforme et les compresses, on conseille d'avoir de la vaseline, une pince à langue, des éponges montées, un ouvre-bouche, une canule à trachéotomie, une pile à courant faradique, une seringue de Pravaz, une fiole d'éther, une fiole de caféïne, du nitrite d'amyle.

Il est certain qu'aucune précaution n'est superflue, mais on n'a souvent à sa disposition qu'un flacon de chloroforme, deux compresses, une pince à langue et une éponge montée. Il faut savoir s'en contenter et l'on peut obtenir ainsi une excellente anesthésie.

Les flacons ordinaires de chloroforme bouchés en liège ne constituent guère le conditionnement idéal. Le meilleur des bouchons ne ferme pas hermétiquement et, quand il a été mis en bouillie par un tire-bouchon et qu'on a fait dedans l'incision en coin classique, il ne reste plus qu'un stilligoutte bien imparfait. Pour obvier à cet inconvénient, des pharmaciens attachent au goulot de la bouteille un bouchon tout préparé ; on trouve chez les fabricants d'instruments divers modèles de flacons compte-gouttes ; mais le meilleur de ces appareils ne sert qu'à répandre du chloroforme sur la main de l'anesthésiste, sur la table d'opération, un peu partout sur la compresse, excepté à la bonne place. Le chloroforme doit être mis dans des ampoules en verre jaune de 30 centimètres cubes à col effilé et fermé au chalumeau. Bien purifié et ainsi à l'abri de l'air et de la lumière, il peut se conserver indéfiniment. J'en ai employé qui avait trois ans et qui était excellent. Pour l'utiliser, il suffit de briser l'extrémité de la partie effilée ; la cassure doit avoir environ un millimètre de diamètre. On réalise ainsi un instrument permettant de ne verser que ce qu'on veut de chloroforme et où on le veut.

La texture des compresses a également son importance ; elles doivent être en toile non empesée et de trame peu serrée. Nous voyons, en effet, le souci que les méthodistes prennent d'arriver à un mélange d'air et de chloroforme constant selon la recommandation de Paul Bert, sans qu'ils puissent nous enseigner autre chose que de *retourner vivement* la compresse, ce qui ne crée, somme toute, disent-ils, que de petites intermittences (méthode de Labbé). Mais n'est-il pas plus simple d'appliquer sur le visage une compresse dépliée, maintenue de la main gauche contre le menton et de verser sous la saillie apparente que dessine le nez des gouttes de chloroforme qui *pénètrent à travers* cette seule épaisseur de tissu et arrivent au niveau de la bouche du malade ? On n'a plus du tout ainsi besoin de retourner la compresse et, si le tissu est assez lâche pour permettre à l'air de le traverser, le malade respire un mélange convenable d'air et de vapeurs. Si l'anesthésie marche trop lentement, sur cette compresse on en applique une deuxième, qu'on relève chaque fois qu'on veut verser du chloroforme. Donnés de cette façon, 15 à 20 grammes

suffisent amplement pour une anesthésie de trente à quarante-cinq minutes. Nous avons même pu tenir endormies pendant une heure certaines malades déprimées par des hémorragies abondantes avec 6 à 8 grammes de chloroforme.

II

De la nécessité de rassurer le malade. — Après avoir ausculté le cœur et au besoin les poumons, après s'être assuré qu'il n'y a pas de fausses dents et qu'aucune partie du vêtement ne peut gêner la respiration, il est de toute nécessité de rassurer le malade. Nous savons et on nous a rappelé, au cours de la discussion actuelle, combien avant la découverte de l'anesthésie, et même depuis, les morts de peur ont été fréquentes. Desault, Simpson, Verneuil en ont cité des exemples. MM. Delbet, Reclus, Bazy et Delorme nous en rapportent plusieurs cas. Mais rassurer un malade est un art, et nombre de discours que j'ai entendu tenir par des médecins à leurs clients n'arrivaient guère à ce but. Une des meilleures, en même temps que des plus justes manières de représenter l'anesthésie aux malades est celle que nous a enseignée M. Aubeau. Elle consiste à leur dire que le chloroforme est un alcool spécial qui procure l'ivresse comme l'alcool de vin, mais plus vite ; qu'on obtiendrait le même résultat en faisant boire du champagne, mais que ce serait trop long ; puis à annoncer au patient les phénomènes qu'il va éprouver : « Vous sentirez tout d'abord l'odeur forte, pénétrante, spiritueuse du chloroforme et vous éprouverez des picotements dans le nez, dans la gorge, absolument comme quand on respire une odeur forte quelconque. Vous sentirez les vapeurs pénétrer dans la poitrine, une sensation de chaleur dans les bronches, votre cœur battra plus fort ; vous vous rendrez compte que le chloroforme passe dans le sang, qu'il circule avec lui dans tout le corps ; vous aurez des fourmillements dans les bras et dans les jambes, vous vous sentirez étourdi, pris de vertige comme dans l'ivresse ; vous entendrez des tintements, des bourdonnements d'oreille, un bruit de cloches, de tambour ou de machine. Enfin, vous vous assoupirez et vous dormirez d'un profond sommeil, sans choc, sans ennui, sans incident. » Ceci dit, on commence l'anesthésie.

Le malade étant dans la position horizontale, la tête sur le plan du lit, on verse le chloroforme à gouttes d'abord espacées, puis plus précipitées au fur et à mesure que l'accoutumance aux vapeurs s'établit. Pendant ce temps on entretient l'esprit du sujet par une conversation comme celle-ci : « Reconnaissez-vous le goût sucré ? — Avez-vous des picotements dans le nez ? — Votre cœur bat-il plus fort ? — Sentez-vous des fourmillements dans les membres ? — Êtes-vous étourdi ? — Entendez-vous le son des cloches ? etc. » « Ce langage, loin de retarder l'anesthésie, la favorise singulièrement ; il détourne l'esprit

du patient de l'idée de l'opération, l'empêche de s'absorber dans ses préoccupations, il assure la respiration (le malade parle, donc il respire) ; enfin, il nous sert fidèlement de guide pour suivre l'anesthésie : c'est la méthode des appels que nous avons imaginée pour l'anesthésie par le protoxyde d'azote appliquée à l'anesthésie chloroformique[1]. »

De plus, ces moyens nous permettent d'obtenir un sommeil rapide et d'éviter un phénomène sur lequel je suis étonné qu'on n'insiste pas davantage, parce qu'il est utile de le connaître et de le combattre. Il est fréquent de voir apparaître sur la poitrine un exanthème commençant par des points rouges qui s'élargissent en macules et envahissent toute la peau, laquelle prend une coloration foncée, érythémateuse. La congestion peut être si intense que, chez certains hémophiliques, on a noté des ecchymoses punctiformes persistantes. Ces troubles vasculaires coïncident avec une respiration insuffisante, ils sont de nature asphyxique. Quand ils viennent à se produire, il faut enlever l'inhalateur, exhorter et aider le malade à respirer largement jusqu'à ce qu'une hématose plus complète l'ait fait disparaître.

M. Mauclaire recommande de ne pas ligoter le malade dans cette période préanesthésique, ce qui aurait pour résultat de l'effrayer. Nous irons plus loin en disant qu'on ne doit réprimer les mouvements du malade qu'avec une grande douceur ; tout acte brutal provoquera une révolte de sa part et lui enlèvera la confiance. Quant à l'attacher sur le lit, si cela peut avoir des avantages pour l'intervention, c'est certainement imprudent au point de vue de l'anesthésie. Qu'il survienne une alerte et vous perdrez un temps précieux à enlever les liens avant de pouvoir faire les manœuvres nécessaires.

## III

De l'importance de l'enchainement de la narcose et de l'opération. — Dès que le malade a perdu la notion des choses qui l'entourent, sans attendre une anesthésie plus profonde, nous l'emportons, en ayant soin de le maintenir horizontal, la tête basse, dans la salle d'opérations. Là on continue graduellement l'anesthésie pendant que l'on fait l'asepsie du champ opératoire et que le chirurgien et ses aides se préparent à commencer l'opération dès que l'anesthésiste jugera la narcose suffisante.

Ici je me permettrai une critique à l'égard de certains chirurgiens. Bien des fois j'ai assisté à des préparatifs d'opérations dans lesquels le chirurgien et ses aides, tout occupés de l'asepsie de leurs mains, de la disposition des éponges, des compresses, des instruments, des

---

1. Aubeau, Leçons sur l'anesthésie, *Bull. de la Clinique générale de chirurgie* (sous presse).

objets de pansement, allaient et venaient dans la salle, sans même paraître se douter que sur la table d'opérations il y avait un malade endormi depuis plus ou moins longtemps. Souvent même le chirurgien jugeait à propos, avant de commencer, de développer aux élèves toute l'histoire de la maladie et la manière dont il pensait intervenir.

Ces retards ont de graves inconvénients. Arrivé à un certain degré de l'anesthésie, si l'intervention ne commence pas, le chloroformisateur ne sait plus quelle conduite tenir. Il touche la cornée et trouve le réflexe palpébral affaibli. Mais le sommeil n'est-il pas assez profond pour attendre ? Ou bien il ne trouve plus de réflexe et, effrayé, il croit devoir revenir en arrière et il enlève la compresse. Cependant deux cas ont pu se produire : ou bien l'anesthésie est bien complète ; ou bien (et j'ai noté ce fait assez souvent) le réflexe palpébral — si on ne le recherche avec soin et insistance — a disparu chez un sujet incomplètement endormi ; si le chloroformisateur interrompt l'anesthésie, il est étonné de voir survenir des nausées et des vomissements ; si l'opération commence, ce réflexe se réveille brutalement, accompagné des cris et des mouvements désordonnés du malade, et c'est encore heureux si les reproches du chirurgien et de ses aides ne viennent se mêler à ce concert et finir d'affoler l'anesthésiste. Comme le disait M. Berger, à l'une des séances de l'Académie, pour qu'une anesthésie soit bonne tout du long, il faut que le début en soit régulier, sans incident. L'une des conditions essentielles est *que l'opération commence dès que la narcose est suffisante.*

## IV

Faut-il attendre la disparition du réflexe palpébral pour commencer l'opération ? — Mais ici se pose la question la plus importante de l'anesthésie, à mon avis, et celle sur laquelle je crois devoir le plus insister, parce qu'elle est en contradiction avec l'opinion actuellement admise. A quel moment doit-on commencer l'opération ?

M. Labbé recommande de ne prendre le bistouri que quand l'anesthésie est complète, caractérisée non seulement par la résolution musculaire et l'insensibilité de la peau, mais encore par le rétrécissement de la pupille et la disparition du réflexe oculaire.

Certains vont même plus loin : « Les uns, dit M. Le Dentu (*Presse médicale*, 19 février 1902), pensent qu'il faut s'arrêter au moment où la pupille contractée commence à devenir insensible à la lumière, les autres pensent qu'on peut aller jusqu'à la dilatation pupillaire qui suit immédiatement l'insensibilité pupillaire. »

Eh bien, il y a là, à mon sens, une grande erreur. Comme j'avais l'honneur de l'expliquer, il y a quelques jours, à M. Huchard, *on*

*doit commencer l'opération quand, la pupille étant encore dilatée, le réflexe palpébral est affaibli, sur le point de disparaître, mais non aboli.*

J'ai toujours été persuadé que la plupart des alertes étaient dues à une narcose trop profonde, et ma conviction se trouve encore accrue par l'examen des cas rapportés au cours de la discussion actuelle.

Je crains fort que les gouttes versées pour combattre le réveil de la malade de M. Poirier n'aient été trop nombreuses, surtout étant donné vraisemblablement l'extrême sensibilité d'une malade aussi cachectisée que celle qu'il opérait.

Dans le cas de cancer du larynx opéré par M. Reynier, ce chirurgien reconnaît lui-même que « les vapeurs du chloroforme versé trop abondamment sur la compresse par l'élève » ont tué la malade.

De même dans le cas du rétrécissement urétral, il dit que « l'élève avait encore eu la main lourde ».

M. Lucas-Championnière nous parle d'un malade qu'il opérait pour une fracture de la rotule : « L'anesthésiste, dit-il, sur une observation que lui fit un assistant, précipita sur la compresse la moitié d'un flacon de chloroforme. »

Ces observations nous montrent combien on a souci d'obtenir toujours et quelquefois trop rapidement une anesthésie complète, à quel point on redoute un réveil partiel de la sensibilité, un mouvement, une plainte, cent fois préférables cependant à l'asphyxie. De plus, le cas de M. Lucas-Championnière prouve comment une observation, une critique un peu vive d'un assistant — qui n'est pas chargé de l'anesthésie, n'en connaît pas les difficultés variables avec chaque malade, n'en a pas la responsabilité — adressée au chloroformisateur, peut affoler suffisamment ce dernier et lui faire verser une dose massive. C'est le réflexe de l'élève qui entraîne celui du patient dont on a parlé et l'on doit apporter le plus grand soin à ne pas le provoquer, surtout si l'on a affaire à un commençant, sensible aux reproches.

Mais passons à l'opéré de Broca dont parle M. Huchard. L'anesthésiste relâche son attention pendant quelques secondes et le malade meurt. Que s'est-il passé ? Sans doute ceci : l'anesthésie était très profonde, quelques gouttes ajoutées à la hâte pour regarder l'opération et dont l'effet n'a pas été surveillé ont suffi à produire l'accident. J'ai vu plusieurs syncopes se produire pour la même raison et je suis persuadé que la plupart des alertes n'ont pas d'autre cause.

Le reproche le plus fondé que les partisans de l'éther font au chloroforme est le peu d'étendue de la zone maniable de ce dernier. Mais n'est-ce pas vouloir la rétrécir au maximum que de prétendre

qu'on doit arriver et se maintenir dans les limites d'une anesthésie caractérisée par la disparition du réflexe oculaire et la contraction pupillaire ? On est sur la limite du collapsus, on joue sur la lame d'un couteau et la *culbute* est vite faite du mauvais côté, celui de la dilatation brusque, de la syncope.

Je sais bien que des accidents peuvent se produire au début de la chloroformisation ; il est évident qu'ils ne sont pas dus à l'action anesthésique, mais à un réflexe qu'on a comparé à celui que détermine un simple choc sur la face antérieure du larynx et qui provoque la mort subite. Il faut se garder des doses un peu fortes. Pour certains malades, c'est trop de VIII à X gouttes versées d'emblée ; il faut savoir les espacer et les graduer.

Des syncopes peuvent également survenir à une période peu avancée de l'anesthésie. Mais je les crois rares et moins graves que celles dont nous parlions tout à l'heure. Le malade n'est pas saturé de chloroforme et la respiration artificielle le détitrera facilement.

Une autre cause, également fréquente, d'accidents tient à la présence de mucosités dans la gorge obstruant les voies aériennes et entraînant l'asphyxie mécanique.

Ces mucosités sont produites par une hypersécrétion des glandes de la muqueuse pharyngée. Elle est surtout abondante chez certains malades (fumeurs et alcooliques) et avec des chloroformes impurs, acides. Ou bien ce sont des larmes qui se sont engagées dans les voies aériennes, d'où encore une raison de rassurer le malade et d'éviter, si cela est possible, qu'il ne pleure. Enfin il s'agit d'un reliquat des vomissements du début qui encombre le larynx ; je ne reviens pas sur l'importance qu'il y a à enchaîner convenablement l'anesthésie et l'opération, ce qui est le meilleur moyen d'éviter cet incident qui retentit si désagréablement sur toute la marche de la narcose.

Au moyen d'éponges montées, on doit aller chercher ces mucosités. Si votre malade n'est pas profondément endormi, quelques secondes d'apnée ne lui seront pas préjudiciables et lui-même, par les mouvements réflexes que vous provoquerez en lui chatouillant la gorge, aidera au rejet des mucosités. Si, au contraire, le sommeil est profond, vous n'obtiendrez aucun réflexe, et il suffira d'une courte suspension de la respiration pour que l'asphyxie augmente, malgré vos efforts, et aboutisse à la syncope.

Outre le réflexe palpébral, on a pu se rendre compte pendant la marche de l'anesthésie du pouls et de la respiration. Je me préoccupe moins du pouls — qui nécessite un aide spécial et, à mon avis, ne nous avertit du danger que trop tard — que de la respiration. Le chloroformisateur doit toujours l'entendre et veiller soigneusement à ce qu'elle

garde ses caractères normaux. Comme l'a dit M. Reynier, elle doit être « régulière, suffisamment ample, pas trop rapide, pas trop superficielle, pas trop espacée ». On se guidera sur ses bruits, sur les mouvements du ventre (bien plus appréciables que ceux de la poitrine),sur l'intensité du souffle qui passe à travers la compresse. Mais, je le répète, c'est avant tout à la conservation du réflexe palpébral qu'on doit s'attacher. Il faut l'interroger souvent, 6, 8, 10 fois par minute, je dirai presque tout le temps, et, s'il vient à disparaître, interrompre les inhalations. Par sa présence il vous est un signe immédiat de la vitalité du malade ; il vous prouve que l'intoxication n'est pas profonde, que le malade se détitrera facilement, qu'au besoin même il vous aidera de ses autres réflexes pour triompher d'une alerte ; par son degré d'énergie il vous donne la mesure de la narcose. Enfin on peut perdre un temps précieux à attendre une respiration qui ne se produit pas et qu'on croit simplement en retard ; on peut vouloir deux, trois respirations pour bien juger de leurs caractères ; l'absence du réflexe palpébral est un signe immédiat du danger, elle vous dit tout de suite qu'il est temps d'agir. Or, en cas de syncope, c'est souvent de la promptitude des décisions que dépend le succès.

Deux objections pourront être faites à cette manière de voir.

On pourra me dire que, n'endormant pas complètement mon malade, je l'expose à souffrir. C'est une erreur. Je ne vais pas jusqu'à l'anesthésie confirmée, mais je dépasse l'analgésie. Si quelques mouvements peuvent se produire, et encore seront-ils bien rares, il est toujours facile de les réprimer.

On pourra me demander ce que deviennent alors les réflexes, qui tuent les malades incomplètement endormis, et qui ont fait du sommeil profond une loi absolue. Je ne pourrai répondre qu'une chose, c'est que je ne les ai jamais vus se produire, même dans les opérations où on les redoute le plus.

Je sais bien que la sensibilité de l'anus est la dernière abolie, et qu'un réflexe parti de cette région entraîne facilement une syncope mortelle ; mais j'ai certainement endormi plus de 500 malades pour des dilatations et d'autres opérations qui se pratiquent dans la région anale, sans remarquer quoi que ce soit d'inquiétant. Le sommeil a toujours été bon et le réveil spontané et rapide.

Je résume ma pensée en disant que *le réflexe palpébral mou, sans vigueur, sur le point de disparaître, est le critérium de l'anesthésie nécessaire aux opérations les plus douloureuses et qu'en dehors de lui il n'y a pas de sécurité.*

## V

Des variations de l'anesthésie suivant celles de la sensibi-

LITÉ. — Le degré d'anesthésie nécessaire et suffisante pour commencer l'opération étant ainsi établi, doit-on la maintenir telle jusqu'à la fin ? Non, elle doit subir les variations que commande l'intensité de la douleur dans les divers temps opératoires.

On a parlé d'idiosyncrasies, de catégories de malades, mais sans préciser la façon de les endormir ; moins encore ont été tracées les règles de la chloroformisation dans les diverses interventions. Il semble qu'on doive endormir de la même façon un enfant ou un adulte, un cardiaque ou un rénal, un homme porteur de hernie ou une femme atteinte d'un fibrome volumineux de l'utérus. Je trouve cependant dans l'état général, dans le tempérament, dans l'âge, même dans le sexe et la profession, enfin dans la nature de l'intervention, des raisons de varier la façon de donner le chloroforme.

Je n'entreprendrai pas aujourd'hui tout au long l'exposé de ces méthodes, hors du cadre de cet article, et que je me réserve de développer ultérieurement ; mais je prendrai un exemple pour suivre une anesthésie jusqu'à la fin d'une intervention.

Je suppose donc que j'aie obtenu une narcose suffisante pour commencer l'opération chez un homme de vingt-cinq ans, bien constitué et atteint d'appendicite. On fait l'incision de la peau, elle est indolore, tout au plus peut-il se produire un mouvement de la jambe droite qu'il suffira de ramener dans le plan du lit pour qu'elle n'en bouge plus. En effet, les temps qui vont suivre seront moins douloureux, et même loin de chercher à accentuer mon anesthésie, je vais laisser le réflexe palpébral reprendre de l'énergie. Pendant l'incision des muscles, des aponévroses et du péritoine, l'ablation de l'appendice, les différentes sutures péritonéales et musculaires, il me sufffira d'éviter l'accident du réveil : le vomissement si gênant, surtout dans les opérations sur l'intestin. Pour les sutures de la peau, quelques gouttes de chloroforme en plus seront nécessaires. Sans avoir souffert, le malade se réveillera tranquillement et complètement pendant le pansement. Il n'est pas rare qu'il ait tout à fait repris connaissance quand on le remporte dans son lit.

Je ferai ici une remarque.

Cette nécessité de graduer l'anesthésie avec les différents temps de l'opération crée pour le chloroformisateur l'obligation de ne pas se désintéresser complètement de ce que fait l'opérateur, comme le voudraient la plupart des chirurgiens. S'il ne doit pas regarder les détails, il doit au moins voir où l'on en est.

Voici donc le type de l'anesthésie pour une opération dont le début et la fin sont seuls douloureux. Mais il y a des opérations qui sont à peu près indolores et qui ne demandent que le chloroforme « à la Reine », des cautérisations du col, le curretage de l'utérus, etc. Il n'est même pas rare que — à l'aide d'une conversation appropriée,

qui détourne l'esprit de la patiente, dans laquelle il s'agit de l'odeur du chloroforme, de la douleur très relative qu'entraîne chaque temps opératoire au fur et à mesure qu'il se présente, de la façon dont l'opération se poursuit, avance, etc,, etc., et avec quelques gouttes de chloroforme qui ne servent qu'à motiver la compresse pour cacher les mouvements des assistants et créer une occupation à la malade — l'asepsie de la région, l'intervention et le pansement menés rapidement, se trouvent terminés avant que la malade ait eu le temps de se rendre compte de ce qui s'est passé. Il y a des interventions dont le début est indolore et qui ne nécessitent l'anesthésie que pour la fin: curettage suivi de colpotomie par exemple. Il suffira alors d'endormir progressivement sa malade pendant la première partie de l'opération pour arriver à une narcose suffisante au moment de l'incision du cul-de-sac. A partir de ce moment on pourra d'ailleurs cesser les inhalations, l'anesthésie persistera assez longtemps pour permettre même d'enlever des annexes.

Il y a des cas qui réclament une observation plus stricte de certaines règles. Il faut conserver un réflexe pharyngien énergique, quand le sang risque de s'écouler dans la gorge (avulsions dentaires, restauration de la voûte palatine, résection des maxillaires, etc.). Dans les laparotomies abdominales il faut redouter les vomissements, qui chassent l'intestin en dehors du ventre. Un anesthésiste doit connaître les zones à réflexes comme le chirurgien connaît le trajet des artères et redoubler d'attention dans les opérations sur l'anus, au moment du pincement des ovaires, de l'arrachement du tissu graisseux qui s'accompagne de tiraillements sur le plexus brachial dans l'amputation du sein, dans les opérations sur le cou à cause de la présence du plexus cervical, dans les luxations de l'épaule, au moment de l'incision du péritoine, etc. Il faut savoir que la ponction d'un kyste de l'ovaire, la luxation d'un fibrome volumineux produisent des décompressions vasculaires pouvant entraîner une anémie cérébrale subite avec syncope.

Enfin j'ajouterai ceci à propos des observations du malade au rétrécissement opéré par M. Reynier et du malade atteint d'infiltration d'urine opéré par M. Guinard. Quelquefois une intervention, en raison de son peu de durée ou de l'absence presque totale de douleur, ne paraît pas nécessiter d'anesthésie; mais au cours de l'opération le chirurgien s'aperçoit que, soit complication imprévue, soit sensibilité extrême du malade, il ne pourra pas terminer sans anesthésie. Il demande alors qu'on donne du chloroforme. Généralement dans la crainte d'interrompre trop longtemps l'opération commencée, l'élève précipite trop l'anesthésie, c'est nerveusement et sans graduer les doses qu'il endort son malade, et l'on conçoit qu'il arrive ainsi des accidents. Quand on est obligé de recourir au chloroforme au cours

d'une intervention, il faut s'armer de patience et procéder avec autant de soins que si la narcose avait été jugée nécessaire avant de commencer.

Un dernier mot au sujet de l'anesthésie chez les enfants.

On a dit que pour eux le chloroforme n'était pas plus dangereux que pour les animaux; il est certain que, ne redoutant pas l'intervention, la peur, ce facteur si important des accidents, se trouve écartée; que pour eux l'anesthésie est un mauvais traitement, pas autre chose; en fait ils se réveillent vite et ne paraissent pas avoir souffert de la narcose. Cependant je ne vois dans la dose massive encore employée de nos jours qu'un moyen d'abréger des cris et des mouvements désordonnés ennuyeux pour tout le monde. Je crois qu'il vaut mieux, quitte à faire maintenir l'enfant dans une bonne position, procéder comme pour l'adulte par petites doses.

D'une façon générale, l'acte chirurgical et l'acte anesthésique doivent se développer parallèlement. La pensée du chirurgien et celle du chloroformisateur ne doivent faire qu'une : à l'opérateur de donner les indications nécessaires, à l'anesthésiste de voir et surtout de prévoir. Il doit avoir l'intuition de la sensibilité pour mesurer la quantité de chloroforme nécessaire à la combattre pour le présent et à prévenir le réveil, si la suite de l'opération doit devenir plus douloureuse.

## VI

Contre-indications du chloroforme. — Je ne m'étendrai pas non plus sur les contre-indications du chloroforme ; mais l'anesthésie chez les cardiaques occupe une si large part dans la discussion actuelle que je crois devoir ajouter quelques mots aux diverses conclusions.

J'ai endormi de nombreux aortiques, mitraux, myocardiques. J'avoue que je n'ai rien remarqué de particulier au cours de l'anesthésie. Cependant je me suis toujours défié des pouls petits, des cœurs à dégénérescence graisseuse ou à surcharge graisseuse. Je suis de l'avis de ceux qui disent qu'on peut endormir tous les cardiaques (ceux qui sont arrivés à une période avancée de l'asystolie exceptés, bien entendu), mais je crains que leurs conclusions trop optimistes au sujet du peu d'influence qu'aurait la cardiopathie dans le sommeil chloroformique ne donnent aux anesthésistes peu expérimentés une confiance préjudiciable aux malades.

Je ne veux pas m'égarer sur le terrain physiologique. Je me permettrai cependant une réflexion dont la logique me paraît immédiatement évidente.

L'action fatale des anesthésiques est la suppression progressive, mais complète de toutes les fonctions du système nerveux. En pé-

riode d'anesthésie confirmée, seuls les noyaux du pneumogastrique restent vigilants. Il en résulte, — d'une part, que les dangers seront moindres si le terrain même de l'anesthésie, le système nerveux, est indemne. Si le malade a eu antérieurement des lésions matérielles (hémorragie cérébrale, ramollissement, méningite, méningo-encéphalite, tumeurs cérébrales, etc.), la résistance de ce terrain à l'action des anesthésiques est non seulement troublée, mais considérablement affaiblie ; on courra de grands risques en lui administrant du chloroforme ; — d'autre part, si les organes de la respiration et de la circulation, seuls chargés de la conservation des phénomènes vitaux, sont indemnes, on est plus en droit d'espérer une anesthésie normale que dans le cas où une altération de ces organes entraîne une insuffisance circulatoire ou respiratoire. Dans les affections cardio-pulmonaires le collapsus est toujours imminent. Il faudra donc se montrer d'une extrême prudence avec les sujets atteints :

1° De maladies matérielles du système nerveux (terrain de l'anesthésie) ;

2° De maladies de l'appareil cardio-pulmonaire (seul chargé de la vitalité pendant l'anesthésie confirmée, grâce à la résistance plus longue des noyaux du pneumogastrique).

Entre autres maladies à considérer au point de vue de l'anesthésie, il ne faut pas oublier les affections rénales. L'analyse des urines devra toujours être faite avec soin. Comme l'alcool, le chloroforme s'élimine pour une bonne part par le rein. On a noté des albuminuries passagères après la narcose. Chez les brightiques, je me montre aussi avare qu'il est possible de chloroforme, car il n'est pas rare de voir des néphrétiques succomber avec des phénomènes d'urémie dans les jours qui suivent l'anesthésie.

D'une façon générale, et ici je suis pleinement d'accord avec M. Huchard, il faut craindre les affections dyspnéisantes (rétrécissement mitral, dyspnée toxi-alimentaire, asthme, etc.). Quand on est en face d'un malade obèse, assis sur son lit et ne pouvant s'étendre, respirant difficilement, toussant, crachant, se congestionnant, avant tout examen approfondi on peut dire qu'on a affaire à un cas des plus difficiles. Parmi les quatre ou cinq alertes que j'ai notées au cours de ma pratique, c'est chez un malade de ce genre que s'est produite celle dont j'ai gardé le souvenir le plus dramatique. Au cours d'une anesthésie cependant pas trop poussée, le malade vira tout d'un coup au bleu, comme on dit dans l'anesthésie au protoxyde d'azote, et ce n'est qu'au bout de cinq minutes de manœuvres qu'il fit quelques inspirations spontanées et se décongestionna.

Il semble que la fluxion irritative provoquée par la pénétration des vapeurs chloroformiques ait entraîné une véritable apoplexie pulmonaire. J'ajouterai que, si l'accident n'a pas eu d'autres suites, c'est

qu'à mon avis la respiration artificielle a pu détitrer le malade qui n'était pas saturé de chloroforme.

## VII

De la manière de combattre les accidents. — Les accidents qui se produisent sont de diverses sortes. Outre les morts de peur dont j'ai déjà parlé, il faut distinguer les simples alertes, les syncopes respiratoires ou cardiaques, l'asphyxie mécanique.

On a proposé de nombreux moyens de les combattre : respiration artificielle, tractions rythmées de la langue, frictions, massages, injections sous-cutanées d'éther et de caféine, inhalation d'oxygène, électrisation du nerf phrénique, marteau de Mayor, insufflation du poumon, trachéotomie, élévation et abaissement successifs des bras, affusions d'eau froide, compresses chaudes sur la région précordiale, position de Trendelenburg et même le massage direct du cœur ! !

Il est assez fréquent de voir la respiration s'arrêter quand le réflexe palpébral subsiste et que le facies reste bon. Il sufffit alors le plus souvent de soulever l'os hyoïde, de tirer la langue ou d'enlever les mucosités pour voir la respiration se rétablir. Ce ne sont là que des alertes sans gravité, pourvu qu'on y remédie à temps. En cas de véritables syncopes, quelle qu'en soit la cause, voici les moyens que nous mettons en œuvre : position déclive de la tête, flagellations du visage avec un linge imbibé d'eau froide, titillations du fond de la gorge avec une éponge montée, tractions rythmées de la langue combinées à une respiration artificielle aussi ample qu'il est possible obtenue par une compression et une décompression successives de la base du thorax et surtout des mouvements d'élévation et d'abaissement alternatifs des bras, selon la pratique recommandée par Sylvester. Quand les réflexes pupillaire et cornéen réapparaissent et que nous sentons une résistance de la langue, nous ne nous pressons pas d'interrompre les manœuvres et nous n'abandonnons notre malade à lui-même qu'autant qu'il a fait plusieurs inspirations spontanées et larges et que l'hématose est assurée.

## VIII

Conclusions. — La chloroformisation est un acte nécessairement dangereux, puisqu'il abolit successivement les fonctions qui entretiennent la vitalité. Il faut savoir la graduer et la doser pour conserver les fonctions essentielles : la respiration et la circulation.

On peut endormir tous les malades à condition de proportionner les doses d'anesthésique à leur résistance.

La narcose a pour but la suppression de la sensibilité et la possibilité d'opérer sans douleur. Pour répondre à ces conditions, il faut se maintenir entre les phénomènes de réveil que nous devons éviter

au patient et qui gêneraient le chirurgien, et le collapsus, en un mot s'en tenir aux doses maniables.

Les réflexes sont des manifestations de la vitalité, qu'il faut craindre de voir totalement abolis. Nous interrogerons souvent celui de la cornée et nous ne nous déclarerons satisfait qu'autant que nous le trouverons suffisamment affaibli pour être sûr que notre malade ne souffre pas et assez manifeste pour être certain qu'il est bien vivant et qu'en cas d'incident la moindre intervention suffira à ramener le réveil.

Dans ces limites l'anesthésie doit subir des variations proportionnées à l'intensité de la douleur provoquée par les actes opératoires et aussi à la résistance de chaque individu. Il est bon d'étudier ces variations et de formuler les règles nécessaires à la précision de la science anesthésique. Mais ce n'est que par une longue pratique et peut-être grâce à une aptitude spéciale qu'on arrive à acquérir le doigté qui constitue l'art de la chloroformisation.




## SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

*Séance du 18 février 1902.*

Présidence de M. Sauvez, président.

La séance est ouverte à 9 h. 30.

### I. — Procès-verbal.

*M. Sauvez.* — Vous avez vu dans *L'Odontologie* le procès-verbal de l'avant-dernière séance. Je pense que vous l'avez lu avec tout l'intérêt qu'il mérite et je le mets aux voix.

(Adopté.)

### II. — Correspondance.

*M. Sauvez.* — J'ai reçu des lettres d'excuses de MM. Godon et Foveau de Courmelles.

M. de Croës étant absent, je donne la parole à M. Touvet-Fanton pour sa communication sur la pyorrhée alvéolaire.

### III. — La pyorrhée alvéolo-dentaire par M. Touvet-Fanton.

*M. Touvet-Fanton* donne lecture d'une communication sur la pyorrhée alvéolo-dentaire (V. *L'Odontologie* du 15 mars, p. 205).

### Discussion.

*M. Jeay.* — Messieurs, je crois que nous devons des remerciements à M. Touvet-Fanton pour avoir eu le courage d'apporter parmi nous des idées nouvelles sur la pyorrhée alvéolaire et nous avoir vivement engagés tous à nous soucier davantage de son étiologie. En effet, la plupart d'entre nous, je parle du praticien peu au courant de ces questions fort complexes, abandonnent trop facilement la dentition de leurs clients atteints de cette affection, ne cherchant pas suffisamment à lutter contre elle et à reculer l'échéance du dentier. Seuls, jusqu'ici, quelques rares maîtres ont osé aborder l'étude de cette maladie, qui ne pourra être, à mon sens, connue et traitée, c'est-à-dire bien mise au point, que par un effort continuel, une persévérance constante et le labeur de tous ; ou, si vous aimez

mieux, nous devons chacun par notre propre expérience apporter nos lumières, si modestes soient-elles, pour en éclairer la discussion.

Séduit par l'importance de la maladie et aussi par les difficultés d'interprétation, j'ai lu et surtout cherché à observer. Or, je reste imbu de cette idée que, dans la majorité des cas, cette poli-arthrite dentaire n'est qu'une des premières manifestations d'un état général défectueux, d'une nutrition générale mal effectuée. Ce qu'on range actuellement dans les causes prédisposantes doit bien plutôt être considéré comme une cause efficiente ; avant l'infection poli-dentaire, il doit y avoir une série de symptômes qui nous échappent actuellement ; en un mot, avant la pénétration des micro-organismes dans cette articulation par gomphose qu'est l'articulation dentaire, simplement défendue par l'anneau fibreux que la gencive forme au collet des dents en s'anostomosant plus ou moins complètement avec le ligament péridentaire, il doit y avoir des troubles généraux qui modifient à tel point ces tissus, c'est-à-dire le terrain, que cette articulation sans défense fait toutes les maladies des articulations ouvertes. Et si nous avons le devoir nous, dentistes, de soigner cette articulation, nous avons aussi celui de nous préoccuper des causes qui ont si puissamment et si malheureusement modifié le terrain d'évolution de la maladie. De là à examiner l'équilibre de la nutrition générale par les analyses d'urines, il n'y a qu'un pas ; malheureusement l'interprétation de celles-ci sera fort complexe et, comme je vous l'ai dit, ce n'est que par une persévérance et une sagacité constante que nous pourrons arriver à découvrir la vérité.

Mis au courant des travaux de M. Joulie, travaux ayant fait grand bruit à l'Académie de médecine et dont M. Frey nous parla un des premiers, ici, j'ai cherché à voir si nos malades ne feraient par partie de cette classe d'arthritiques que M. Touvet-Fanton vient de nous exposer. Sur quatre malades adressés à M. Joulie, deux seulement furent entrepris par lui et, je dois le dire, semblent en tirer profit ; les autres présentaient des troubles de nutrition ne concordant nullement avec ses idées. Si l'on observe les rapports urologiques, on voit que la plus grande partie de nos malades ont de l'hypophosphaturie alors qu'un petit nombre font, au contraire, de la phosphaturie. Il est donc impossible, dès maintenant, de tirer des conclusions.

Nous devons pourtant ne pas nous décourager et suivre le conseil de M. Touvet-Fanton. Or, à propos de ces analyses, je me permets de vous donner un conseil pratique. Peu de pharmaciens sauront vous faire une analyse bien complète et facile à interpréter. Pour cela certaines règles sont à suivre. Vous savez qu'entre les différents éléments normaux éliminés en vingt-quatre heures par l'urine, il existe à l'état normal des rapports constants, c'est-à-dire qu'une moyenne ayant été faite sur la quantité de chacun de ces éléments

éliminés on peut dire que pour tant de grammes d'urée, par exemple, on doit trouver tant de grammes d'azote, d'acide phosphorique, d'acique urique, etc. Ce sont là les rapports urologiques, ce sont eux qui nous intéressent au plus haut point, puisqu'ils nous permettent de contrôler l'équilibre de la nutrition. De plus, ces chiffres, même comparés entre eux, ne peuvent présenter de réel intérêt que si l'on sait par quelle quantité d'urine ils ont été émis et en combien de temps. Un individu travaillant musculairement beaucoup devra éliminer davantage d'urée qu'un individu sans exercice, et, si sa nutrition se fait bien, il devra aussi, toutes proportions gardées, éliminer plus d'acide phosphorique, plus de chlorures, etc. Si donc vous comparez ces chiffres entre eux, vous pourrez dire que leur valeur *absolue* est supérieure à la normale, tandis que leur valeur relative reste proportionnée. Eh ! bien pour avoir ces différents rapports et les examiner dans leur valeur relative, la principale, je dirais même la seule intéressante pour nous, il est indispensable que cette analyse soit faite sur un échantillon suffisamment important pour permettre au chimiste de faire toutes ses manipulations (500 gr. par exemple) et prélevé sur la totalité des urines émises en vingt-quatre heures et préalablement pesées.

Vous arriverez ainsi à formuler votre analyse de la façon suivante :

« Faire faire une analyse *complète* des urines (éléments anormaux et éléments normaux) en prélevant 500 grammes sur la totalité des vingt-quatre heures, totalité préalablement pesée et indiquée. Recherche des rapports urologiques, notamment coefficient de déminéralisation. »

Ce dernier est, en effet, un des plus intéressants, c'est le rapport entre les matières organiques et l'extrait sec, c'est lui qui nous permet de savoir si nous n'éliminons pas trop de sels minéraux proportionnellement aux déchets organiques, si en un mot nous ne nous déminéralisons pas, ce qui pourrait expliquer bien des troubles de l'appareil dentaire, troubles survenant au cours de grandes cachexies, de surmenage, etc.

Enfin, messieurs, à titre de curiosité et sans vouloir m'engager plus avant dans un tel labyrinthe, je me permettrai d'attirer votre attention sur un fait frappant : c'est l'analogie entre les analyses d'un bon nombre de nos malades et celles d'individus frappés de dermatoses telles que la calvitie précoce et la pelade. Les Drs Jacquet et Porte, Saboureau et Gautrelet ont présenté à la Société de dermatologie des travaux tendant à faire de ces affections des troubles de nutrition, alors qu'il y a quelques mois seulement on n'y voyait qu'une affection microbienne. Tous ces malades, comme la plupart des nôtres, présentent de l'hypoacidité urinaire, de l'hyperchlorurie

et de l'hypophosphaturie. Peut-on dire par là que ces troubles de nutrition frappent des produits de même origine épithéliale? Y a-t-il une réelle analogie? Je n'ose répondre à cette question.

Toujours est-il, messieurs, et cela pour me résumer, plus j'acquiers de la pratique et plus mes observations se développent, plus je suis persuadé que cette anomalie de la perte des dents à un âge anormal, par un mécanisme intime qui nous échappe, ne peut être purement de cause locale. A mon sens, lorsque le Dr Galippe a dit que la pyorrhée alvéolaire était toujours d'origine locale et infectieuse, il s'est trompé de cause à effets, prenant une des phases avancées de la maladie pour son point de départ, et s'il est une idée dont je me ferais bien volontiers un des apôtres, c'est que, « si le microbe finit par jouer un rôle, la question terrain joue certainement le principal ». En cela, je ne ferai d'ailleurs que suivre les idées médicales du jour, qui reviennent un peu sur le premier enthousiasme des théories microbiennes, pour considérer plus attentivement les transformations subies par le terrain, transformations qui ont permis à un agent, jusqu'alors toléré, de devenir pathogène.

Je ne vous citerai pour preuve qu'un malade atteint de pyorrhée alvéolaire auquel nous avons extrait quelques dents et sur chacune desquelles nous avons trouvé, près de l'apex, des concrétions dures et noirâtres qui se révélèrent à l'analyse comme absolument identiques aux concrétions uratiques trouvées dans les articulations des goutteux, et notre malade était depuis quelque temps déjà en puissance de cette diathèse.

*M. Touvet-Fanton.* — Dans un article publié par *L'Odontologie* en 1892, Dubois fait allusion également à certains accidents du côté du système pileux.

*M. Sauvez.* — Si personne ne demande plus la parole, je me permettrai de dire quelques mots.

M. Touvet-Fanton nous a apporté ce soir quelques observations sur une théorie relative à la pyorrhée alvéolaire. Mais il y a longtemps que le premier germe en a été posé parmi nous, M. Touvet-Fanton ne peut l'ignorer, par un de nos confrères les plus instruits dans ces questions, M. Michaëls, qui a fait des travaux considérables à cet égard. Il a été suivi par notre ami le Dr Frey, qui travaille ces questions avec la plus grande attention. Ces deux auteurs font mieux d'ailleurs qu'une analyse d'urine, ils font en même temps une analyse de salive et examinent ensuite les divers rapports en les comparant. M. Frey nous avait même promis une communication pour le Congrès d'Ajaccio, mais, après avoir beaucoup travaillé, il n'était pas arrivé au mois de septembre 1901 à quelque chose d'assez net pour croire devoir nous l'apporter.

Nous avons longuement causé de ce sujet tout récemment. C'est

une question très délicate et très complexe, qui ne peut se résoudre en envisageant un seul point de vue. Le livre de M. Joulie, je l'ai lu, nous l'avons lu. Il a été très loué par quelques-uns, très critiqué par d'autres. Il en est de cette idée comme de toutes les idées nouvelles, et l'on ne peut à cette heure-ci tabler sur quelque chose de précis.

Malgré les très remarquables travaux qui ont été écrits sur cette affection, soit en France, soit à l'étranger, la pyorrhée alvéolaire est une maladie à laquelle on ne connaît pas grand'chose. Tout à l'heure, vous avez entendu parler par exemple de sa concordance avec la calvitie ; j'en suis surpris parce qu'on pourrait parler également de la concordance de la pyorrhée avec n'importe quoi. On rencontre de la pyorrhée chez les diabétiques, on en rencontre chez les arthritiques, on en rencontre chez des gens admirablement bien portants, et comme c'est une maladie qui vient le plus souvent à un âge assez avancé, il n'y a rien d'étonnant à ce que le malade ait perdu ses cheveux. Mais de là à établir un rapport entre l'origine épithétiale de la dent et du périoste, c'est une chose qu'on peut dire, mais que rien ne permet d'élever au rang de théorie.

Nous voyons des cas de pyorrhée alvéolaire extrêmement différents ; j'en puis citer au hasard deux formes palpables. Nous voyons des gens de trente ans que nous avons connus à vingt-cinq ans ayant des dents admirablement rangées et très belles. A trente et un ans on remarque par exemple une incisive latérale qui s'est déplacée. Elle est solide, elle n'est pas branlante, il n'y a pas de pus, il n'y a pas de tartre, mais la dent s'est déplacée : le malade est un candidat à l'ostéo-périostite, à la pyorrhée ; nous le retrouverons dans quelques années avec des dents branlantes, déchaussées, douloureuses, et ces dents tomberont l'une après l'autre ; c'est là une première forme. Deuxième forme : des sujets âgés qui ont des dents branlantes avec beaucoup de pus, de tartre. Voilà deux cas distincts, pour ne parler que de deux typiques. Entre ces deux formes, il y a toutes celles que vous pourrez imaginer que nous rencontrerons à des âges variables, sur des sujets qui ont des cheveux ou qui n'en ont pas, qui sont arthritiques ou qui ne le sont pas ; mais toutes ces formes finissent par une période ultime, qui est la chute de la dent après ébranlement plus ou moins rapide ou plus ou moins lent ; la dent finit par chanceler et tombe. Et ne croyez-vous pas que les analyses d'urine qui auraient été faites chez chacun de ces deux cas typiques dont j'ai parlé, ou dans les autres cas intermédiaires à ces deux cas typiques, ne seraient pas extrêmement dissemblables, et donneraient des renseignements absolument insignifiants, si l'on ne voyait que ce seul point ?

Dans ma pensée, il me semble que ce serait chercher dans une fausse voie que de vouloir résoudre cette question si multiple par

une analyse d'urine, et par une idée seule quand la question est si complexe et a déjà été tant discutée par des pathologistes éminents. Je suis persuadé qu'il en est de ce point comme de ce qui s'est produit pour tant d'autres en pathologie. Avant que les chirurgiens ouvrissent le ventre avec la facilité avec laquelle ils le font aujourd'hui, nous avous tous vu dans les livres anciens et dans l'histoire la relation de la mort de personnes hydropiques et beaucoup d'entre nous ont entendu parler par leurs grands-parents de personnes qui sont mortes atteintes d'hydropisie. On employait ce mot couramment et on ne l'emploie plus aujourd'hui. Un malade avait du liquide dans le ventre parce qu'il avait un kyste de l'ovaire, un cancer du pancréas ou une maladie du foie. Pour tout cela il n'y avait qu'un symptôme, l'hydropisie. Tous ces gens finissaient par en mourir et leur maladie s'appelait l'hydropisie, absolument comme dans la pathologie dentaire la chute des dents est le dernier symptôme de la pyorrhée alvéolo-dentaire.

A fur et à mesure des progrès de la pathologie et surtout de l'anatomie pathologique, on s'est aperçu que dans ces ventres d'hydropiques, il y avait tantôt un cancer du pancréas, tantôt un kyste de l'ovaire, etc., et on a pu ainsi définir plusieurs maladies, et par conséquent plusieurs pathologies diverses, et plusieurs traitements pour ces maladies qui, avec l'examen superficiel qu'on pouvait faire autrefois, avaient toutes une forme semblable : l'hydropisie. On pourrait facilement trouver d'autres exemples analogues.

Je suis persuadé qu'il y a trois, quatre, ou cinq, ou dix formes de pyorrhée alvéolaire, indépendantes de l'âge, des cheveux, de l'arthritisme, et que cette maladie peut rentrer dans presque toutes les diathèses possibles. Nous pourrions trouver peut-être dans cette salle même des gens atteints de pyorrhée, dont les analyses différeraient du tout au tout ; il faudrait avant tout chercher à bien préciser ces formes diverses, les cataloguer, suivant tel ou tel symptôme clinique du début, suivant tel ou tel examen microscopique, ou peut-être même suivant telle analyse de salive ou telle analyse d'urine. Et ce n'est qu'à ce moment, quand la pathologie serait faite ainsi que l'anatomie pathologique, qu'on pourrait s'occuper de la thérapeutique avec succès. Tous les auteurs qui se sont occupés de cette maladie me paraissent avoir senti ce que j'exprime ici, et c'est de là que vient la multiplicité si grande des termes employés pour définir cette maladie polymorphe, parce que chaque auteur en avait une conception différente du précédent, ce qui ne pourrait arriver pour une maladie nette, précise, comme la pneumonie franche aiguë, que tous les médecins sont forcés de voir semblable.

Ainsi donc, je crois qu'à cette heure-ci la pathologie de la pyorrhée alvéolaire n'est pas faite et que nous n'y connaissons rien.

C'est très bien de chercher à soulever un peu le voile qui recouvre cette question, mais vous pouvez être certains qu'elle a déjà été travaillée et qu'elle l'est encore à l'heure actuelle, même dans le sens que l'on a indiqué ce soir. Si M. Frey ne nous a encore rien présenté, c'est qu'il n'avait rien de précis à nous communiquer, à ce sujet, pas plus que Michaëls, qui l'a initié à cette étude et qui travaille cette question depuis dix ans.

J'indique cela pour répondre à ce que nous a dit M. Touvet-Fanton et lui rappeler que ces idées ont déjà été émises antérieurement, mais nous le remercions néanmoins, car il faut encourager tous les travaux.

*M. Touvet-Fanton.* — Je n'ai pas encore entendu émettre les idées que je viens d'exprimer sur la pyorrhée en rapport avec la thèse urologique de M. Joulie. Si d'autres personnalités, surtout comme celles qui viennent d'être citées, s'en sont occupées, j'en suis doublement heureux. Seulement il ne me paraît pas possible cependant, que cette question ait été agitée depuis dix ans, pour la bonne raison que la théorie de Joulie est relativement très récente et que son ouvrage n'a été publié que l'année dernière.

*M. Sauvez.* — Je n'ai jamais voulu dire que MM. Michaëls et Frey ont travaillé ces questions uniquement d'après M. Joulie. Ce que je veux dire, c'est que nous sommes ici au moins cinq qui connaissons M. Michaëls depuis dix ans, et que depuis ce temps il nous a maintes fois parlé de la pyorrhée en tant que manifestation locale d'un état général donné et qu'il cherche à relier cette question aux éléments qu'il trouve dans les comparaisons des analyses d'urine et des analyses de salive.

*M. Touvet-Fanton.* — Précisément. Je connais en effet les travaux, d'ailleurs remarquables, qu'a faits M. Michaëls sur la salive, mais ce n'est pas de cela qu'il s'agit ici, car je n'envisage que la question de la pyorrhée dans ses rapports avec la théorie de Joulie basée sur une forme spéciale de l'analyse des urines.

C'est parce que nous rencontrons la pyorrhée chez toutes sortes de sujets que j'en conclus que ce n'est qu'un symptôme de nutrition anormale. J'ai été frappé de ce fait : la minéralisation primitive de la dent dans la pyorrhée alvéolaire et la désorganisation du périoste. Ces phénomènes peuvent trouver une explication dans une nutrition anormale, chez un individu d'allures saines et chez lequel, si l'on fait l'analyse de son urine, c'est-à-dire de ce qui est l'expression de son sang, on trouve ou une acidité ou une phosphatie anormale.

*M. Sauvez.* — Un des points qui paraissent les plus nets, c'est que dans les bouches où il y a de la pyorrhée, il n'y a pas de caries, mais nous avons tous vu des bouches dans lesquelles il y avait eu longtemps de la carie, dans lesquelles la pyorrhée était survenue et dans les-

quelles la carie est revenue après une amélioration de la pyorrhée.

Pour moi, il me semble que c'est une question sur laquelle on ne peut pour le moment rien affirmer. C'est une question qui devrait tenter et qui, je l'espère, tentera de plus en plus les jeunes qui connaissent bien l'anatomie, l'histologie, la physiologie, la pathologie générale, la bactériologie, la chimie biologique et qui, de plus, connaissent très bien leur clinique. C'est pour cela qu'on avance lentement dans ces questions, parce qu'il faut, pour les étudier, des hommes qui sachent à fond beaucoup de choses, qui fassent aussi de la clinique et qui consentent à s'intéresser spécialement à ce point spécial. Mais je suis heureux que nous nous soyons entretenus de cela ce soir, parce que cette discussion donnera l'éveil; c'est là une question intéressante, non seulement par elle-même, mais par les résultats thérapeutiques qu'on pourrait en tirer.

Quand nous voyons un cas de pyorrhée, nous savons bien que Younger a indiqué un traitement qui réussit dans certains cas. Pourquoi ? Parce qu'il y a quatre ou cinq formes de pyorrhée que cette méthode guérit. Mais ce procédé thérapeutique, tout intéressant qu'il est et quels que soient les résultats qu'il donne, ne peut être considéré comme pouvant, à lui seul, guérir des formes si diverses d'une maladie qui est en relations si intimes avec l'état général. Établissons les formes diverses, cherchons-en les causes et nous pourrons alors instituer une thérapeutique étiologique et non plus symptômatique.

*M. Touvet-Fanton.* — La multiplicité des formes n'est pas pour le chercheur une raison d'abdiquer. C'est, à mon avis, une recherche essentiellement étiologique que résume l'opinion que je viens de présenter; et ce qui me semble surtout intéressant, c'est qu'elle paraît présider précisément à la diversité des formes.

*M. Jeay.* — Nous pourrions nous arrêter à la conclusion suivante: puisque M. Frey s'est attaché à cette question, nous pourrions envoyer ces analyses à M. Frey.

IV. — Rapport de M. Mendel-Joseph, Secrétaire général.

*M. Mendel-Joseph* donne lecture de ce document (*Voir page* 253).

Discussion.

*M. Richard-Chauvin.* — J'ai une observation à présenter : notre aimable secrétaire général a signalé toutes les communications qui ont été faites dans le cours de l'année, mais il en a omis plusieurs, et des plus importantes : ce sont celles qu'il a faites lui-même, qui ont beaucoup intéressé la Société et pour lesquelles nous lui gardons tous une vive reconnaissance. (*Applaudissements.*)

*M. Sauvez.* — Vos applaudissements sont un remerciement tout naturel et bien mérité des efforts de notre secrétaire général pendant l'année courante. Je suis heureux de saisir cette occasion de lui adresser à lui, personnellement, tous mes remerciements pour le zèle avec lequel il m'a aidé dans l'organisation des séances de la Société d'Odontologie pendant l'année 1901.

Je tiens à laver mon ami le Dr Martin du reproche léger qui lui est adressé et à dire au sujet de ce que signale M. Mendel-Joseph, et que je n'ai pas remarqué, qu'il est plus probable que le Dr Martin, homme très modeste et très simple, a préféré attendre à côté pour causer avec son fils et son malade et qu'il n'a eu aucune intention blessante à notre égard.

L'année 1901 est passée, en voici une autre qui arrive et je crois qu'on peut tirer de celle qui vient de s'écouler une leçon pour le bon fonctionnement de notre Société : il faudrait insister vis-à-vis de tous nos amis du corps enseignant de cette école pour qu'ils assistassent plus souvent à nos séances, ne serait-ce que pour prendre part aux discussions. Je crois que la Société d'Odontologie pourrait leur envoyer ce vœu pour leur rappeler que le devoir de se rendre aux séances de notre Société rentre en quelque sorte dans leurs fonctions.

J'espère aussi que nos travaux de cette année montreront l'intérêt qu'il y a à ce qu'on nous présente non seulement des communications purement scientifiques, mais aussi tous les cas d'observation courante de pratique dentaire, car nous profiterons les uns et les autres des observations de chacun, et, d'ailleurs, ces communications peuvent aussi bien être la source de discussions intéressantes parmi nous. Je dirai même que les communications trop scientifiques ont un peu pour effet, par leur niveau, de faire s'abstenir de très bons praticiens, qui n'osent prendre la parole dans nos discussions. Il ne faut pas que ces derniers hésitent, pour la vitalité de notre Société. Ils doivent venir sans crainte nous présenter leurs appareils et leurs procédés. Notre profession comporte une quantité de petits procédés utiles à connaître, qui facilitent la besogne. Beaucoup d'entre eux hésitent à présenter ces procédés parce qu'ils les croient déjà connus. Il ne faut pas qu'il en soit ainsi pour que nous arrivions à nous entr'aider toujours davantage les uns les autres.

Il y a quelques questions qui restent en suspens pour la présente année. Vous savez tout d'abord qu'il y a eu à Ajaccio, l'année dernière, une sorte de Congrès dentaire national, sous la forme d'une Section d'Odontologie dans l'Association française pour l'Avancement des sciences et cette Section d'Odontologie doit se réunir cette année à Montauban. Je suis chargé de l'organiser. Je ferai tout ce qu'il me sera possible de faire à cet égard. Je vais partir à Pâques pour

voir nos confrères du Midi et tâcher de leur infuser un peu de sang du Nord. Je vais organiser un bureau local, afin qu'il y ait, autant que cela sera possible, des communications théoriques faites par des hommes compétents, et des démonstrations pratiques de dentisterie opératoire. En effet, tous nos confrères qui se dérangent pour un Congrès, le font un peu pour le Congrès et beaucoup pour le plaisir; mais il y a une chose que tous apprécient beaucoup, ce sont les démonstrations pratiques de dentisterie opératoire, de prothèse et les discussions pratiques pour lesquelles il est nécessaire d'être sur place, tandis qu'ils peuvent lire tranquillement chez eux les simples communications théoriques. Étant donné le voisinage de Toulouse, qui est un centre où nous avons de bons amis, j'espère arriver à organiser des matinées de démonstrations pratiques, pour y attirer beaucoup de monde et pour que ceux qui viendront à Montauban ne regrettent pas leur voyage. Je leur rappelle, à ce sujet, que nous bénéficions d'une réduction de 50 o/o sur les chemins de fer, et, de plus, des avantages divers offerts par l'Association.

C'est vers cette époque, également, qu'auront lieu, à Stockholm, les réunions de la Commission internationale d'enseignement et du Conseil exécutif de la Fédération dentaire internationale nommé par le Congrès de 1900.

Ceux d'entre vous qui cherchent un voyage de vacances pourront aller à Stockholm, où ils suivront avec intérêt les discussions des diverses questions d'enseignement.

En quittant la présidence, je laisse comme question pendante tout d'abord la nomination d'un délégué du Congrès de Madrid. Nous avons reçu une lettre du Comité d'organisation de ce Congrès, nous demandant de désigner un délégué pour la Société. Il était convenu que ce soin reviendrait au bureau, mais nous n'avons pas eu l'occasion de nous réunir. Le prochain bureau aura à décider ce choix, car il faut, avant de faire cette nomination, être certain que celui qui sera désigné consentira à aller à Madrid. Nul doute qu'il n'y ait beaucoup de candidats ; je le serai également, mais il serait préférable de trouver un autre délégué, car j'irai de toute façon.

Le présent bureau laisse aussi sans solution un petit différend entre deux de nos meilleurs confrères, MM. Choquet et Mendel-Joseph. Nous avions décidé de nommer une Commission d'histologistes à cet égard, mais, après en avoir causé avec MM. Mendel-Joseph et Choquet, j'ai pensé qu'il y avait divers points à résoudre avant de soumettre la question à l'arbitrage. Je pense que vous serez d'avis de me laisser présenter dans une des prochaines séances un rapport sur cette question. En terminant, permettez-moi d'adresser un remerciement collectif aux membres du bureau de

la Société, qui m'ont aidé dans l'organisation des séances, à tous ceux qui, à des titres divers, ont collaboré à la réussite des séances, et enfin aux auditeurs qui m'ont toujours prêté beaucoup de bienveillance.

Je tiens à vous présenter, ce soir, le premier volume du Congrès de 1900, que je dépose sur le Bureau. Il y en aura deux autres semblables.

### V. — Renouvellement du Bureau.

*M. Sauvez.* — Nous allons maintenant passer au vote pour le renouvellement du Bureau.

Il est procédé au scrutin, qui donne les résultats suivants :

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| *Président :* MM. | Roy | 18 | voix, | élu. |
| | Loup | 2 | — | |
| | Frey | 1 | — | |
| | Martinier | 1 | — | |
| *Vice-Présidents :* MM. | Mendel-Joseph | 18 | voix, | élu. |
| | Loup | 17 | — | élu. |
| | Choquet | 4 | — | |
| | Touvet-Fanton | 3 | — | |
| | Mahé | 2 | — | |
| | Jeay | 1 | — | |
| | Bonnard | 1 | — | |
| | Quillet | 1 | — | |
| *Secrétaire général :* MM. | Touvet-Fanton | 16 | voix, | élu. |
| | Jeay | 5 | — | |
| | Chateau | 1 | — | |
| | de Croës | 1 | — | |
| | Quillet | 1 | — | |
| | Mendel-Joseph | 1 | — | |
| *Secrétaires des séances :* MM. | Charpentier | 15 | voix, | élu. |
| | de Croës | 11 | — | |
| | Weber | 5 | — | |
| | Chateau | 3 | — | |
| | de la Loge | 3 | — | |
| | Quillet | 3 | — | |

MM. Jeay, Eudlitz, Choquet, Touvet-Fanton, Baudet, chacun 1 voix.

*M. Sauvez.* — M. de Croës n'a pas la majorité voulue, celui qui vient après, M. Weber, est souffrant. A moins que quelqu'un ne demande le vote par bulletin secret, je mets aux voix le nom de M. de Croës par mains levées. (Adopté.)

M. de Croës est élu secrétaire des séances.

## VI. — Présentation d'une lampe électrique, par la maison Adolph, de Paris.

*M. Sauvez.* — La maison Adolph, de Paris, qui fabrique des appareils électriques, nous présente une petite lampe qui peut rendre de grands services, qu'on a toujours sous la main, tandis que nos lampes brûlent parfois. Je vais faire éteindre les lampes de la salle, afin que vous puissiez juger de la clarté qu'elle donne et de l'utilité qu'elle présente, par exemple pour un examen de la bouche fait en ville. En dehors de ce point de vue, il y a une utilité que chacun de vous pourra apprécier pour différents points. Je vais vous donner lecture de la lettre que j'ai reçue à ce sujet et qui nous explique l'utilité de cette petite lampe.




Fig. 1. — Lampe électrique.

« Sa dimension peut être comparée à celle d'un écrin à cigarettes ; elle se compose de *piles-accumulateurs sèches ;* l'avantage de ces piles c'est qu'elles se régénèrent lorsque la lampe est en repos ; sa force de projection atteint 72 mètres, elle produit une lumière fixe de 12 heures ; employées par intermittence, les piles peuvent fonctionner pendant trois semaines environ ; un autre avantage de ces piles, c'est qu'elles ne s'usent que par l'usage.

» En dehors des utilités professionnelles, cette petite lampe est toujours prête pour voir l'heure la nuit, monter les escaliers, chercher sans danger des objets dans un meuble, en un mot pour tous les usages journaliers. L'appareil s'ouvre pour le remplacement des piles.

» Cette petite lampe ne manquera certainement pas d'intéresser les dentistes. »

## VII. — Présentations de M. Deglain.

### a) *Miroir à bouche.*

*M. Deglain.* — J'ai eu l'avantage de faire différents petits travaux pour M. Jeay et par la suite pour plusieurs de ses amis, dentistes, ce qui m'a amené à créer quelques nouveautés pour votre spécialité.

Je m'occupe spécialement de la fabrication du miroir de Venise, c'est-à-dire de la taillerie de glaces de luxe.

Je ne fabrique pas l'opaline ni la glace, car il n'y a que deux grandes manufactures françaises de glaces, et l'opaline est une matière inaltérable, brevetée de la manufacture de Saint-Gobain, que chacun peut se procurer.

Mais il faut la façonner selon les besoins. Nous tirons des planches de glaces et d'opaline de ces manufactures pour notre fabrication, comme l'ébéniste des planches de bois pour créer l'ameublement.

Ma première recherche qui présente un peu d'intérêt pour la profession dentaire a trait au miroir à bouche. Dans les miroirs que j'ai examinés, il y avait sous la glace une série de rondelles de papier qui avaient l'inconvénient de conserver l'humidité et d'amener même une altération du miroir.

Aussi, au lieu de renfermer ces rondelles de papier qui empêchent l'antisepsie, la partie étamée de mes miroirs est enduite d'un vernis spécial et recouverte d'une feuille de métal mince sertie sur les bords du miroir.

Avec ce simple serti et enduit, je les ai trempés : 1° dans une solution d'acide thymique ; 2° dans une solution de lysol ; je n'ai constaté aucune altération. J'ai employé alors le sublimé à 1 gr. pour 1.000 ; sur les miroirs sans mon application, il ne restait plus traces d'argent en trois heures d'essai, tandis que mes miroirs sont restés huit jours dans le même liquide et l'étamage n'était aucunement altéré. Je crois donc l'essai suffisamment concluant. Ils ne sont pas plus chers pour cela, puisque j'ai pu les établir au prix de 2 fr. 25 avec manche ébène et au prix de 4 francs avec le nouveau manche métal nickelé.

Ce manche conique et solide est à vis, ce qui permet de n'avoir que le miroir à remplacer, une fois qu'il est rayé. Il est aussi léger que le manche en bois.

J'ai remarqué que, pour donner une inclinaison différente au miroir, on prenait le miroir d'une main et le manche de l'autre ; le serti du miroir se trouvant ainsi abîmé, il est préférable de prendre la tige entre deux pinces ; de cette façon, il n'est pas détérioré.

b) *Tables-étagères.*



Fig. 2. — Tables-étagères.

La création de mes tables-étagères avec trois tablettes en opaline. dont une laminée, montées sur ébénisterie très soignée et solide, avec ou sans tiroirs, m'a semblé indiquée, parce que les tables en métal coûtent très cher.

Je suis très partisan des meubles à monture en métal nickelé et de tout agencement de ce genre, mais ils demandent de l'entretien et ne sont pas à la portée de tout le monde, vu leur prix de revient.

J'ai cherché à faire des tables élégantes, pratiques et surtout antiseptiques.

Les tablettes de ces tables sont très bien ajustées et dissimulent presque totalement les traverses qui les supportent ; elles sont mobiles et s'enlèvent avec la plus grande facilité. D'aspect très agréable à la vue, elles ne seraient pas plus déplacées dans un salon que dans le cabinet du chirurgien. A notre époque, où chacun cherche à enrayer les progrès des maladies infectieuses, elles seraient à leur place dans le salon et dans le cabinet du docteur, pour donner l'exemple des meubles antiseptiques à sa clientèle.

Je suis persuadé qu'on y viendra dans certains milieux de la société.

c) *Tringles.*

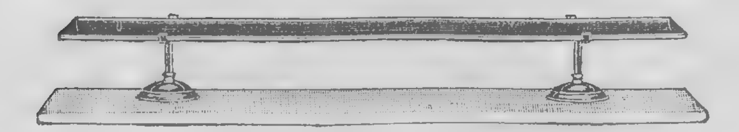


Fig. 3. — Tringles.

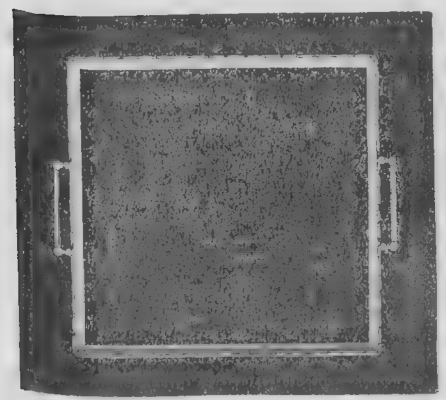
Pour le cabinet du chirurgien, on peut aussi fixer d'un montant à l'autre de jolies tringles nickelées pour supporter des plateaux dans lesquels il aseptise ses instruments ; elles se font en toutes grandeurs, selon l'emplacement dont l'on dispose, et le ton de l'ébénisterie peut être assorti à l'ameublement.

J'ai établi de même un plateau antiseptique, parce que, depuis longtemps, on m'a demandé d'ajuster sur les tablettes du cabinet dentaire des verres opales blancs, et j'ai remarqué que fréquemment ce travail ne donnait pas entière satisfaction ; pour faire un travail très soigné, il aurait fallu priver le praticien de cette tablette de fauteuil qui lui est très utile, afin de l'ajuster à l'atelier ; mais, il faut penser aux praticiens qui n'habitent pas les grandes villes et qui n'ont pas la facilité de faire exécuter tous ces petits travaux utiles.

Ce plateau peut être très facilement aseptisé, car il est mobile sur la tablette et la plaque d'opaline inaltérable est également mobile dans son cadre.

Le cadre est formé d'une seule bande de métal de 2 $^{m}/^{m}$ d'épaisseur très solide et soigneusement nickelée : la partie de la base reçoit la plaque d'opaline et l'autre partie l'encadre ; le bord est ondulé, for-

d) *Plateaux.*



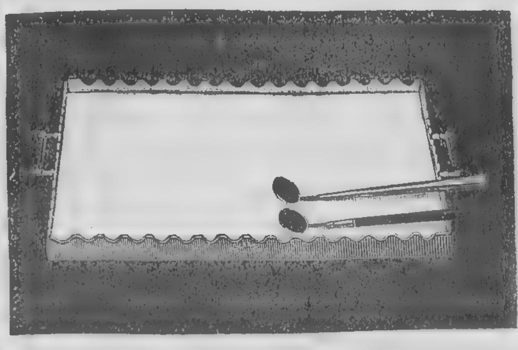


Fig. 4. — Plateaux.

mant galerie, point très essentiel pour retenir tout ce qui se trouve sur la tablette, de même que l'ondulé permet de placer les instruments.

Je fais remarquer qu'il est construit pour aller dans l'intérieur du cadre des tablettes ordinaires, en bois, et qu'il est portatif à volonté.

La plaque est en opaline de 6 à 7 $^{m}/_{m}$ d'épaisseur; elle peut supporter sans crainte une lampe réflecteur, il peut y être percé un trou au centre pour pied fixe, ce qui n'empêchera pas d'enlever le plateau à volonté.

Dans l'ensemble, ce plateau a un aspect riche et est inusable ; j'ai cru utile de le bien détailler, car c'est, je crois, un outil précieux pour le chirurgien-dentiste et même pour le médecin. Je puis l'établir facilement en trois semaines.

## Discussion.

*M. Baudet.* — Depuis quelques années la question des tablettes est à l'ordre du jour ; ce qui serait intéressant, c'est qu'elles ne présentassent pas d'angles, mais des coins arrondis.

*M. Deglain.* — Les coins du plateau sont légèrement arrondis, et en tous cas, la plaque s'enlève immédiatement.

*M. Sauvez.* — Je remercie M. Deglain de sa présentation, qui nous a tous vivement intéressés et qui me paraît appelée à rendre de grands services pratiques.

## VIII. — Présentation de différents appareils de la maison Contenau et Godart, par M. Ch. Jeay.

*M. Jeay.* — Pour remercier MM. Contenau et Godart de la grande complaisance avec laquelle ils accueillent toujours nos idées nouvelles, je me suis chargé de vous présenter moi-même ce soir différents appareils.

Pour commencer, voici une table en tôle émaillée dont tous les angles sont arrondis pour la plus grande facilité du nettoyage et qui contient, en outre de la tablette supérieure et inférieure, trois plateaux à antiseptiques, eux-mêmes recouverts d'une plaque mobile pouvant faire tablette et abritant des regards et de la poussière les instruments qu'ils peuvent contenir. Cette petite tablette, diminutif exact du modèle que j'ai fait faire, il y a deux ans, pour la clinique d'anesthésie, est d'une grandeur très suffisante et d'une hauteur permettant à un opérateur debout d'y faire toutes ses manipulations sans trop se baisser. La tôle émaillée en blanc a le grand avantage d'être d'un nettoyage très facile et de permettre la construction de tables beau-

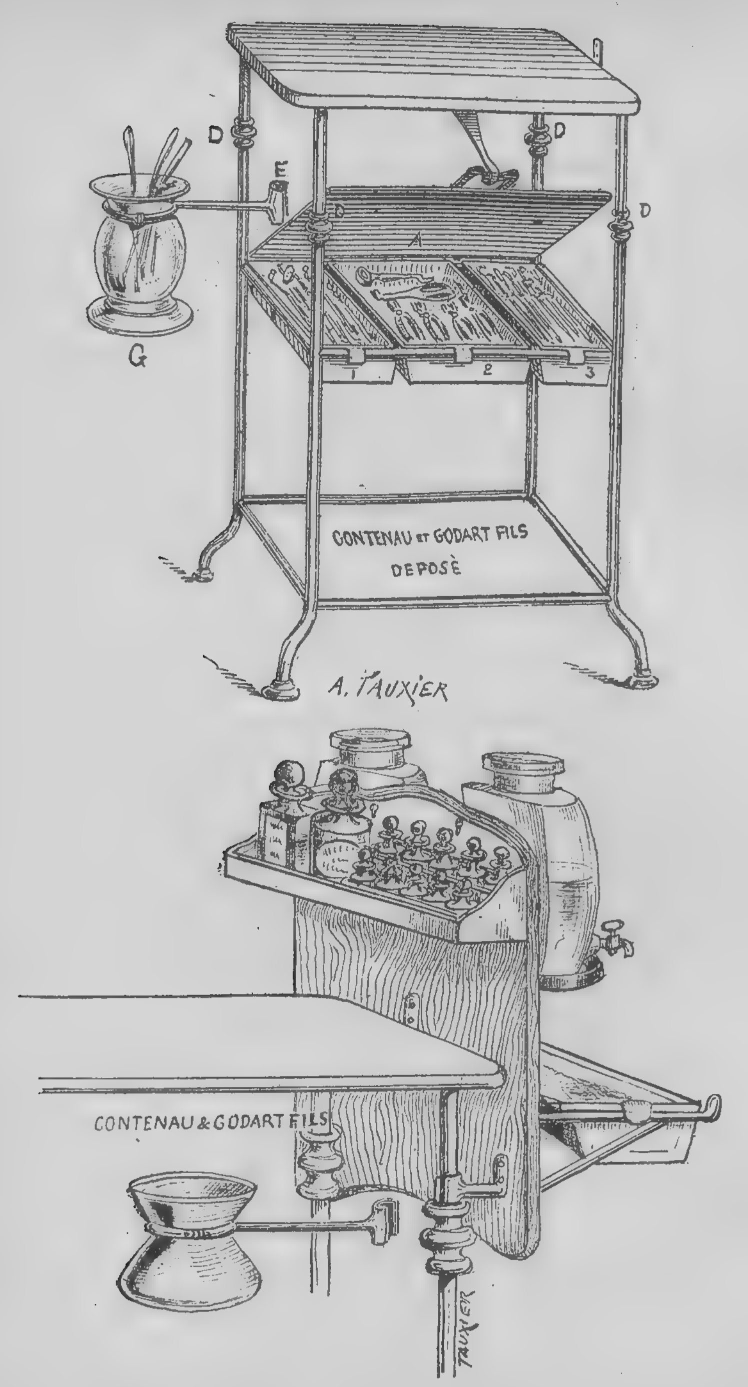



Fig. 5. — Tablette antiseptique à 4 montants, émaillée blanc. Au-dessous, entre les montants et à égale distance de la tablette à la base, 3 cuvettes à couvercle, également émaillées blanc et destinées à contenir les divers instruments, daviers, rugines, etc. qui baignent dans une solution antiseptique. Une bague, placée sur chacun des montants, permet d'emboîter un support de crachoir et son crachoir ou un vase à stériliser.

A cette tablette est annexée une cloison support pour pharmacie, barils en verre, etc.

Cette tablette est un spécimen susceptible de recevoir certaines modifications suivant les besoins ; elle est simple, légère, par conséquent d'un maniement facile. Le nettoyage des instruments se fait rapidement.

coup moins coûteuses que celles en glaces et en cuivre nickelé. De plus, sur l'un des côtés de la table on peut visser une planchette de bois comportant en dedans la pharmacie, toujours en tôle émaillée, que voici, et d'autres objets, et en dehors deux barillets à solutions antiseptiques, au-dessous desquels se trouve un plateau pour empêcher le liquide de goutter à terre. Les montants de la table sont munis d'une sorte d'arrêt qui permet de placer un support métallique pour un crachoir, ou l'un de ces vases à antiseptiques dans lesquels nous avons l'habitude de renverser nos instruments. Par ce dispositif tout l'arsenal opératoire du dentiste se trouve casé en un espace restreint, toujours accessible et susceptible d'être déplacé selon les besoins de chacun.

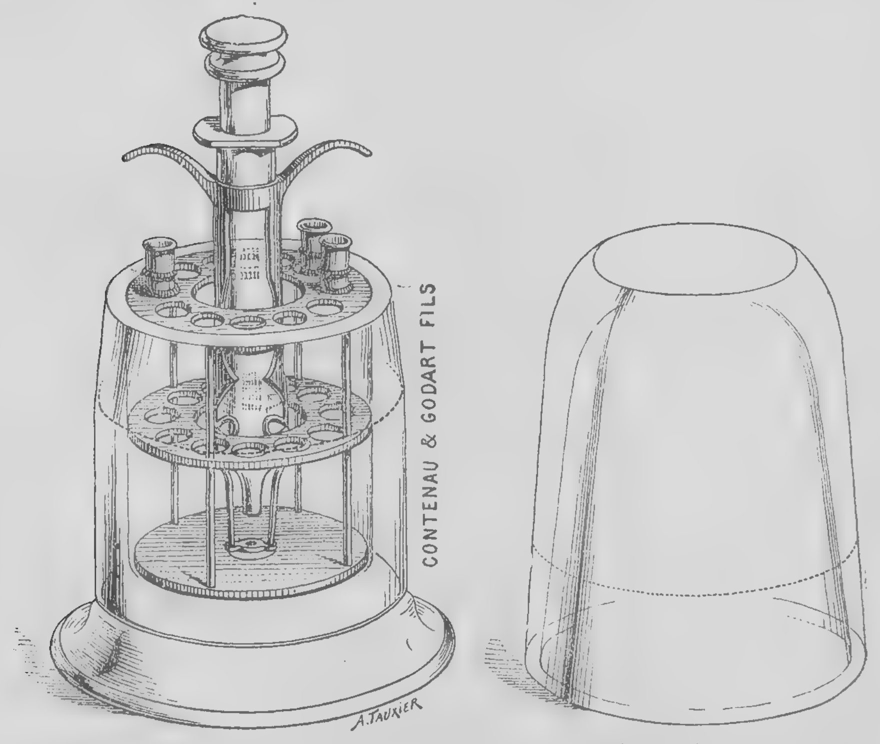



Fig. 6. — Petit flacon du Dr Friteau modifié pour recevoir et stériliser la seringue hypodermique avec ses aiguilles.

Pour économiser le temps, j'estime qu'un opérateur doit toujours avoir à sa disposition une demi-douzaine d'aiguilles STÉRILISÉES pour ses injections de cocaïne. Voici donc un flacon du Dr Friteau que j'ai fait modifier à cet effet : les trous de la périphérie des plaquettes de métal servent à mettre les aiguilles, celui du milieu à maintenir renversé le corps de seringue lui-même.

De telle sorte vous pouvez conserver vos aiguilles stérilisées soit dans une solution de vaseline liquide, contenant du naphtol camphré, ce qui vous permettra, en en introduisant un peu dans le corps de seringue, de ne pas laisser sécher votre piston, soit simplement dans de l'eau distillée fortement boratée, si vous avez un piston en caoutchouc pouvant s'altérer dans l'huile.

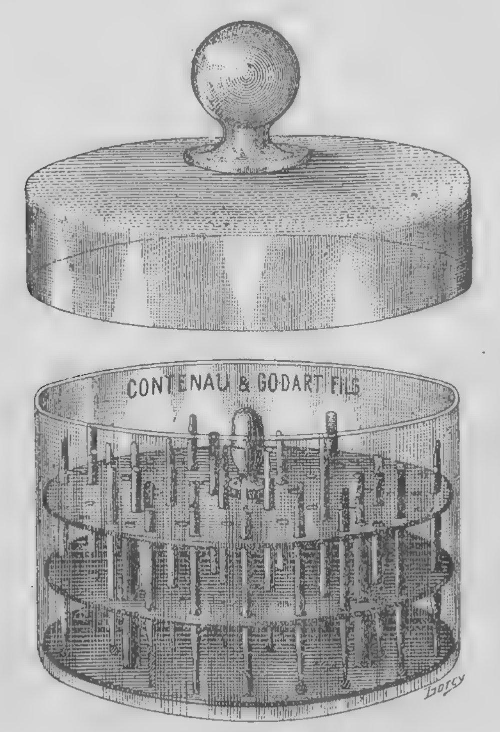



Fig. 7. — Vase à stériliser les fraises de M. Jeay.

Voici enfin un porte-fraises, tout en métal et verre, suffisamment grand pour contenir 60 fraises bien à l'abri de la poussière. M. Friteau en avait fait faire un modèle, celui d'ailleurs que j'ai fait modifier pour les aiguilles de Pravaz : mais il est beaucoup trop petit et surtout coûteux. De plus, j'estime que, dans notre pratique courante, il est inutile de conserver dans un liquide antiseptique des fraises (préalablement nettoyées et désinfectées) qui serviront à curetter une cavité généralement elle-même fort infectée. Ce porte-fraises n'a donc pas d'autre but que de les conserver proprement, à l'abri de la poussière et bien exposées aux regards de l'opérateur. D'un nettoyage facile, il est simplement composé d'un cristallisoire en verre de Bohême muni d'un couvercle et occupé à l'intérieur par deux petits plateaux

métalliques soudés à deux centimètres l'un de l'autre et percés de trous, ce qui rend son prix extrêmement abordable.

Enfin voici une pharmacie dont le modèle est du Dr Sauvez.

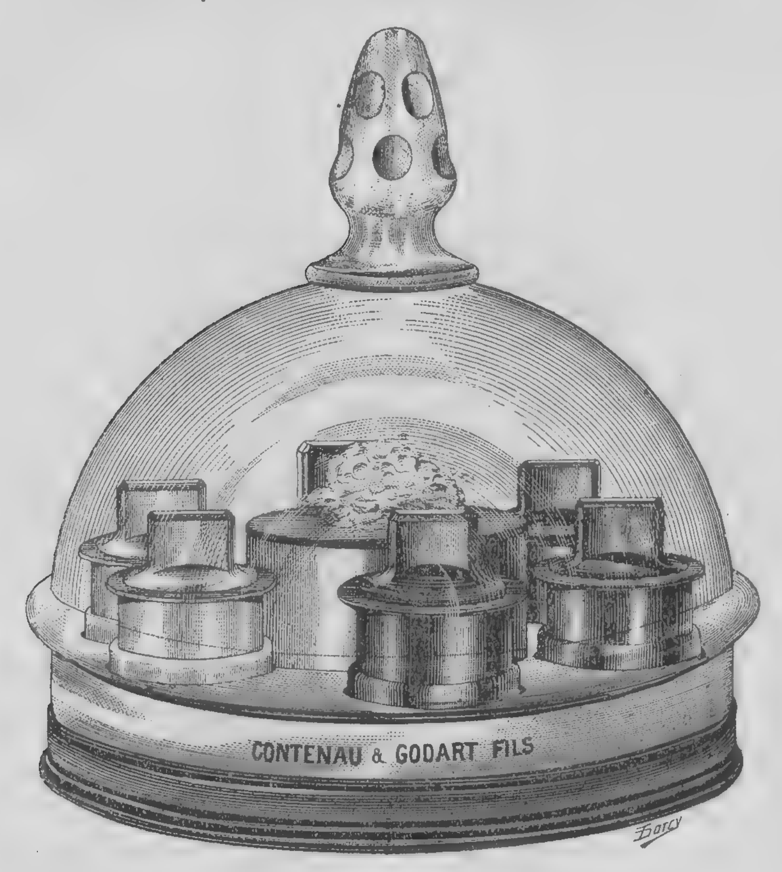



Fig. 8. — Pharmacie du Dr Sauvez.

Discussion.

*M. Sauvez.* — J'adresse tous les remerciements de la Société à la maison Contenau et Godart pour les très intéressantes innovations qu'elle nous a présentées ce soir et je l'engage à persister dans cette voie.

La séance est levée à 11 h. 40.

*Le Secrétaire général,*
Mendel-Joseph.



# REVUE ANALYTIQUE

## *PATHOLOGIE*

**H. Barbier, *Ulcérations tuberculeuses du voile du palais.*** (*La tuberculose infantile,* déc. 1901.)

La tuberculose de la gorge sous sa forme perforante n'est pas une exception, comme le pense M. Castex. L'ulcération, en perforant le palais, simule une gomme syphilitique, elle se montre chez les sujets en pleine expectoration bacillaire et aussi chez les malades dont les poumons sont peu touchés ou indemnes. Le pus renferme des bacilles de Koch et les douleurs sont très vives; l'évolution de ces perforations est très rapide, elles ont tendance à augmenter et le seul remède à ordonner consiste d'abord dans des soins généraux au malade, puis dans des attouchements à l'acide lactique.

**Labbé, *Œsophagotomie externe pratiquée pour l'ablation d'un dentier avalé.*** (*Gazette des hôpitaux,* décembre 1901.)

Le Dr Labbé recommande de ne jamais donner de vomitifs qui contractent l'œsophage, dans le cas de dentiers avalés. Il ne faut pas non plus faire trop de tentatives d'extraction par la bouche, mais opérer le plus tôt possible par l'œsophagotomie externe. Plus on opère vite, plus on a de chances de succès. Il recommande en outre de ne pas se servir de la sonde de Vacca Berlinghieri et de limiter les sutures à la tunique muqueuse. Une sonde à demeure est indispensable, la sonde nasso-pharyngo-œsophagienne est la plus supportée; la plaie, dans tous les cas, doit être drainée.

**L. Jacquet, *Pelade et gingivite.*** (*Société française de syphiligraphie,* décembre 1901.)

M. Jacquet, après débridement galvanique de la deuxième molaire inférieure gauche d'une jeune malade, molaire qui produisait de l'irritation gingivale, constate que cette opération avait donné une recrudescence tout d'abord, puis une régression des syndromes qui accompagnaient l'irritation gingivale. Ces syndromes (épistaxis gauche, névralgie faciale gauche, pelade de la nuque gauche, surtout ce dernier), sont dus, dans le tiers des cas analogues que l'auteur a observés, à l'évolution et aux troubles dentaires, et disparaissent peu après l'intervention buccale.

**Brocq, *Epithélioma bénin de la langue.*** (*Idem.*)

Une variété d'épithélioma dite *épithélioma papillaire nu*, presque spéciale au gland et à la langue, se présente sous forme d'une surface

veloutée brillante, qui n'est jamais précédée de leucoplasie, ce qui arrive presque toujours pour les néoplasmes malins. Cette variété bénigne, néoplasique en surface, à bords en bourrelet, à marche lente, doit être opérée le plus tôt possible; la non-récidive est la règle.

**Bouglé**, ***Epulis.*** (*Société anatomique* 12/12, 1901.)

La tumeur présentée par M. Bouglé avait le volume d'une mandarine; c'était du sarcome simple recouvert par la muqueuse, contenant à l'intérieur des aiguilles osseuses. Pas de récidive trois mois après l'opération de l'épulis.

**Petit**, ***Sarcome maxillaire chez le chien.*** (*Idem.*)

Un sarcome ossifiant, dont un chien était porteur, avait un volume énorme, il était plus gros que le poing, unilatéral et assez dur. On ne l'opéra pas et le chien mourut, emporté par son mal.

Ch. Ch.

## *STOMATOLOGIE*

**Lebedinsky** et **Ch. Lée**, ***Contribution à l'étude de la stomatite ulcéro-membraneuse.*** (*Revue de Stomatologie*, octobre 1901, p. 433, décembre, p. 529.)

De l'historique très fouillé que les auteurs font de la question nous retiendrons que cette affection fut méconnue ou confondue avec d'autres lésions jusqu'en 1859, date où Bergeron en fit une entité morbide nettement caractérisée par la triade : spécificité, contagiosité et épidémicité. Ces idées furent généralement acceptées et le sont encore à l'heure actuelle. Cependant en 1877 Catelan fut amené à nier la contagiosité et l'épidémicité : il incrimina comme facteur essentiel de la maladie l'éruption de la dent de sagesse. En 1879 Maget, en se ralliant aux idées de Catelan, nie, en outre, le caractère infectieux de la lésion. Magitot en 1888 adopte les mêmes idées. En 1890 Galippe applique aux stomatites les données de la science microbiologique. Cependant on voit encore, en 1898, Saré, sous l'inspiration de Cruet, adopter la triade de Bergeron.

En 1898, la description par Vincent de l'angine diphtéroïde à bacilles fusiformes, angine identifiée par plusieurs auteurs avec la stomatite ulcéro-membraneuse, fait croire à la découverte de l'agent spécifique.

Cette même année M. Lebedinsky publie sa conception sur la question des stomatites, conception qui se ramène à ce schéma : équilibre biologique buccal entre le polymicrobisme et les appareils lymphoïde et glandulo-salivaire. En présence de cette situation deux ordres de lésions sont possibles : une stomatite spécifique, causée par un microbe spécifique, et une stomatite septique polymicrobienne engendrée par la symbiose de tous les micro-organismes de la bouche; et la stomatite de Bergeron rentre absolument dans le cadre de ces dernières. Elle paraît d'ailleurs à l'auteur en tous points identique aux accidents muqueux de la dent de sagesse. L'inflammation buccale une fois établie peut passer par différentes phases : érythémateuse, exsuda-

tive, ulcéreuse et gangréneuse, mais aucune de ces formes n'est spécifique.

**L. Quintin,** *Curieux cas de névralgie linguale guérie sans opération.* (*Progrès médical belge*, 1er février 1902, p. 18.)

L'auteur eut l'occasion de placer à une dame de bonne santé un dentier à ressort qui donna toute satisfaction. Cependant la patiente accusa rapidement une sensation de brûlure douloureuse sur le côté droit de la langue. Aucune cause mécanique ne put être trouvée à cette douleur. La malade subit pour cela l'extraction d'une des dents qui lui restaient, un traitement par divers alcaloïdes, une cautérisation de varices linguales, le tout sans résultat. Ayant renoncé à porter son appareil, toute douleur cessa. Se croyant guérie elle reprit son dentier et recommença à souffrir. L'auteur eut alors l'idée d'élargir son appareil de 2 mm. 1/2 environ et tous les phénomènes fâcheux disparurent définitivement.

**Ehrmann de Mulhouse,** *Sur la palatoplastie en deux temps.* (*Revue médicale*, 23/8 1901.)

Sur quarante et un sujets l'opération a été pratiquée sur :
8 âgés de moins de 2 ans.
17 — de 2 à 5 ans.
10 — de 6 à 12 ans.
6 — de 14 à 27 ans.
Pas de cas de mort, un insuccès, vingt-sept guérisons, treize après opérations renouvelées. Sur quatre-vingt-cinq sujets l'opération a été pratiquée ainsi :
10 âgés de 2 à 12 mois.
24 — de 2 à 5 ans.
28 — de 6 à 12 ans.
29 — de 15 à 32 ans.
Il y a eu cinq morts, huit insuccès ; trente-neuf guérisons, dont vingt-neuf avec opérations complémentaires.

Ch. Ch.

**Logan,** *Empyème du sinus maxillaire. Diagnostic et traitement chirurgical.* (*Dental Digest.*)

D'après l'auteur, le moyen d'atteindre le sinus malade en extrayant la deuxième bicuspide supérieure ou la première molaire, en fraisant pour pénétrer dans l'antre, et en maintenant l'ouverture au moyen d'un drain, est une mauvaise pratique et par conséquent doit être abandonné pour cinq raisons :

1° La perte fréquente et inutile de la dent ;

2° L'incertitude d'avoir accès au point le plus déclive du plancher du sinus ;

3° La possibilité de manquer le sinus et d'entrer dans la fosse nasale ;

4° L'enlèvement des tissus durs et mous est plus difficile ;

5° Un examen à l'œil nu du sinus ne peut être fait par une si petite ouverture.

Au contraire, l'opération idéale du sinus consiste dans trois phases :

1° Une ouverture suffisamment large pour permettre de voir dans le sinus ;

2° Une ponction de l'ouverture telle qu'elle facilite le meilleur drainage possible et n'exige pas d'extraction de dents ;

3° L'emploi d'un système d'occlusion relative permettant l'écoulement des produits.

L'auteur comprend ces trois temps dans une seule opération, qui est la suivante :

Faire une incision dans les tissus mous s'étendant de la deuxième bicuspide à la deuxième grosse molaire supérieure au niveau présumé de l'apex des racines de ces dents. Mettre l'os à nu et faire une ouverture sur cette paroi externe du sinus, puis élargir l'ouverture buccale au travers de l'os de façon à se trouver au niveau du plancher. Faire ensuite le curettage et un pansement boriqué.

CH. W.

## *BACTÉRIOLOGIE et MICROGRAPHIE*

**E. L. M.** ***Le bacille diphtérique dans la bouche.*** *(Journal des praticiens,* févr. 1902.)

Ce bacille n'est-il pas, comme bien d'autres, un saprophyte de la bouche, capable de s'exalter sous certaines influences ? Sur les sujets exposés à la contagion on trouve que les bacilles que contient la bouche sont tous virulents ; ceux, au contraire, des sujets non exposés ne sont virulents que dans 10 cas sur 15. Il est possible que tous les individus sains aient dans leur bouche du bacille de Lœffler, mais non virulents, comme ils ont du pneumocoque, du staphyloccoque.

**O. Kneise,** ***La flore de la bouche du nouveau-né.*** *(Journal. Am. med. Ass.,* août 1901.)

97 0/0 des enfants ont dans la bouche de nombreux bacilles au moment de la naissance. Des staphyloccoques, des streptoccoques, des bactéries des sécrétions vaginales s'y rencontrent très virulents et prêts à infecter le jeune sujet.

CH. CH.

**Miller,** ***Sur certaines méthodes de préparation des mâchoires et des dents.*** *(Dental Cosmos.)*

Le but du travail de l'auteur a été la recherche d'un perfectionnement dans le mode de préparation et de coloration des coupes afin d'en faire ressortir toutes les finesses histologiques. C'est d'abord sur des dents de mastodontes, puis sur des dents humaines qu'il opéra.

Il décrit dans un certain nombre de paragraphes la préparation des coupes et leur coloration, joignant des illustrations instructives, entre autres celles qui sont hors texte, qui sont des reproductions photomicrographiques en couleur très démonstratives. Enfin il termine ce tra-

vail par un index explicatif des différentes figures de ces deux planches hors texte.

CH. W.

## PROTHÈSE

**Pullen,** ***Les lois de l'articulation en orthodontie.*** *(Items of Interest.)*

Les lois de l'articulation sont importantes, car elles sont d'un grand secours dans le diagnostic, le pronostic et le traitement des irrégularités dentaires.

Elles permettent de conduire les redressements plus rapidement, et quelquefois de découvrir un point pratique utile au progrès de cette branche.

L'auteur joint quelques illustrations représentant les différentes lois de l'articulation.

CH. W.

## THÉRAPEUTIQUE

**Oswald Rubbrecht,** ***Le chlorhydrate d'érythrophléine et l'eugénol dans le traitement de la sensibilité de la dentine.*** (*Revue de Stomatologie,* octobre 1901, p. 442.)

Le chlorhydrate d'érythrophléine en solution à 50 o/o dans l'eugénol a été indiqué en 1899 par D. Delma, de Fiume, qui appliquait le mélange 8 à 10 minutes dans la cavité de la dent sensible. M. Rubbrecht, qui, à la suite de Delma, utilise ce procédé, laisse le pansement vingt-quatre ou quarante-huit heures sous une couche de dentine artificielle de Fletcher. Quelquefois la dent offre un peu de sensibilité après l'application du remède, mais l'auteur n'a jamais remarqué d'inflammation pulpaire. L'action anesthésique est constante.

G. M.

**Rymer,** ***Anémie pernicieuse.*** *(Journal of the British dental Association*, janv. 1902.)

Dans ces cas, quand la bouche est irritée, enflée, fétide, il faut recommander au malade d'enlever les appareils sujets à irriter par pression. Il ne faut jamais faire saigner les gencives, ne jamais faire d'extraction, qu'une hémorragie dangereuse pourrait suivre. Enfin il faut laver la bouche avec des antiseptiques, la listérine par exemple.

**Egard,** ***Le traitement de la phtisie par l'air et les dents.*** (*Journal of the British dental, soc.*, 1902, janvier.)

Ces malades ont souvent de mauvaises dents; or, ils ont plus que les autres besoin d'en avoir de bonnes, car ils doivent manger beaucoup plus que les individus sains. M. Eyard a constaté que dans un sanatorium 75 o/o des dents de 192 malades étaient défectueuses. On devrait donc soigner les dents des phtisiques et de plus leur tenir la bouche le plus proprement possible, car ils peuvent, comme on le sait,

contaminer l'entourage. Mauvaises dents, gencives et cavité buccale sont à soigner tout d'abord, surtout au début de la phtisie.

CH. CH.

## *DIVERS*

***Quand montre-t-on les dents?*** (*British journal of dental science.*)

Montrer les dents est une action héréditaire. Les animaux montrent les dents dans la colère, la crainte, l'attaque, la défense ou l'offensive. Chez l'homme, la douleur, la peur, la colère font montrer les dents, mais chez ce dernier, c'est surtout la douleur qui est la grande cause de ce phénomène.

CH. CH.

**Garett Newkirk,** ***Prophylaxie dentaire.*** *(Dental Digest.)*

Cette communication est un plan méthodique d'un livre sur l'hygiène dentaire, d'où il pourrait être tiré.

L'auteur divise son travail en deux parties: l'une concernant les enfants, l'autre les adultes, c'est-à-dire l'hygiène de la première dentition et celle de la deuxième.

Parmi les paragraphes intéressants qu'il traite dans ces deux parties on remarque la surveillance dont il faut entourer les premières dents, d'abord pour elles-mêmes, ensuite pour les dents à venir, l'attention qu'il faut apporter pour la conservation de la première molaire permanente, la correction des vices d'articulation, la pyorrhée alvéolaire, et certaines appréciations sur les dentifrices.

CH. W.

## LIVRES ET REVUES

*Nous rappelons à MM. les Auteurs et Éditeurs que tous les ouvrages dont ils nous envoient deux exemplaires sont annoncés et analysés (s'il y a lieu). Les ouvrages doivent être adressés à* M. LE RÉDACTEUR EN CHEF, 45, *rue de La Tour-d'Auvergne.*

### *Das Füllen der Zähne mit Porcellan (System Jenkins).*

(L'OBTURATION DES DENTS AVEC LA PORCELAINE D'APRÈS LA MÉTHODE DE JENKINS)

Par le Dr BRUCK, de Breslau.

*L'Odontologie*, dans un de ses derniers numéros, a mentionné si brièvement l'apparition de ce manuel qu'il est à craindre qu'elle n'ait passé inaperçu. L'auteur, qui s'est fait en Allemagne une certaine réputation comme spécialiste de ce genre d'obturations, vient de m'adresser son livre et, après l'avoir parcouru, je considère de mon devoir d'en signaler l'importance aux confrères français.

Comme l'auteur en fait la juste remarque dans son avant-propos, il est curieux que la méthode Jenkins, tout en donnant lieu à nombre de discussions dans toutes les sociétés du monde, à de nombreux articles dans nos revues, n'ait jusqu'ici amené aucun praticien à en faire une description détaillée, suffisamment étudiée pour la publication d'un livre complet. C'est cette lacune que M. Bruck a comblée avec son nouveau livre et cela d'une façon si lumineuse, si étendue qu'on voit bien que nous avons affaire à un maître. Ce qui surtout fait la valeur de l'ouvrage, c'est qu'il rend les détails les plus infimes avec une telle netteté de vues que rien ne reste douteux, rien ne paraît plus difficile dans la manipulation de cette nouvelle branche de notre art.

Voici sommairement son contenu :

Le livre débute par une étude très intéressante sur l'histoire de la porcelaine en matière d'obturation, dans laquelle — en passant je me permets d'adresser cette petite critique — l'auteur, à mon grand regret, a omis de rendre un juste hommage aux travaux de M. Richard-Chauvin.

Puis, vient la partie qui s'occupe spécialement de la porcelaine de Jenkins et de sa méthode. Dans un premier chapitre l'auteur énumère les cas où la méthode est indiquée ou contre-indiquée. Le chapitre suivant aborde la préparation de la cavité. C'est certainement le point délicat de l'opération. On ne peut remercier assez l'auteur

d'être entré ici dans des détails qui à quelques-uns paraîtront de prime abord exagérés, mais qui tous finalement sembleront essentiels et indispensables pour faire une œuvre parfaite. C'est ce chapitre de la préparation de la dent qui se recommande spécialement à tous ceux qui ont abandonné la méthode de Jenkins après quelques insuccès au début, à tous ceux qui veulent trouver la difficulté du procédé dans la manipulation de la matière. Nous assistons dans le chapitre suivant aux détails de la prise de l'empreinte, facilitée par quelques outils spéciaux dus à M. Bruck.

Le procédé de la cuisson de la pâte est décrit minutieusement dans un autre chapitre.

Ici je voudrais placer une petite observation que l'auteur a négligée. Le praticien a sans doute observé qu'à la première cuisson l'émail se contracte en boule au centre du moule. Pour empêcher ce petit inconvénient, il est bon de ménager dans la pâte un trou central ; c'est, je crois, Williams de Londres, qui le premier a conseillé cela.

Un cinquième chapitre nous donne la préparation des cavités et des blocs pour l'insertion définitive.

Un dernier chapitre enfin a trait à la restauration des gros défauts des dents. Et, pour épuiser toute la question, M. Bruck a consacré une annexe de son livre à l'étude de la méthode des blocs de Dall. Voilà, dans ses grandes lignes, le résumé de ce remarquable travail, rendu encore plus clair par de nombreux dessins.

Si je me permets de parler ici si longuement d'un livre étranger, c'est parce que je suis convaincu que la lecture de ce manuel sera utile même aux praticiens les plus expérimentés, parce que personnellement, malgré mes quatre ans de pratique quotidienne de la méthode de Jenkins, j'y ai trouvé encore des détails propres à faciliter l'opération.

Espérons que l'auteur consentira à faire traduire son ouvrage en français pour en permettre la lecture à tous ses confrères en France.

W. HIRSCHFELD.

D. D. S. de Philadelphie.

---

## HISTOIRE DES MALADIES DU PHARYNX.

M. le Dr C. Chauveau est l'auteur d'une volumineuse *Histoire des maladies du pharynx*. Cet ouvrage comprend trois tomes, consacrés, le premier, à la période gréco-romaine et byzantine et à la période arabe, le second et le troisième au moyen âge occidental et aux temps modernes. Il témoigne d'un grand travail et d'une érudition profonde de la part de l'auteur. C'est ce qui a été écrit de plus complet, de plus précis sur cette question. La bibliographie est particulièrement riche.

Il convient de féliciter M. le Dr Chauveau de cette entreprise considérable qu'il a su mener à bonne fin.

Du reste, le Dr Chauveau est déjà connu de nos lecteurs, car il a déjà publié dans ce journal plusieurs articles intéressants et très appréciés.

---

### Livres reçus.

M. le Dr Scheuer, de Teplitz, est l'auteur d'une communication intitulée « Simplification des obturations d'émail de porcelaine de Jenkins », faite par lui le 7 décembre dernier à la Société des chirurgiens-dentistes allemands de Bohême et qu'il a bien voulu nous adresser en tirage à part après sa publication dans la *Wiener zahnärztliche Monatsschrift*.

---

### Nouveaux journaux.

Il se publie à Munich un nouveau journal professionnel qui a pour titre *Deutsche zahnärztliche Zeitung*. C'est un organe bi-mensuel.

*
* *

Nous avons reçu le premier numéro d'un nouveau journal dentaire en langue hongroise *Stomatologiai Közlöny* (Revue de stomatologie), publié mensuellement à Budapest, sous la direction des Drs Madzsar et Salamon. Ajoutons que les travaux originaux paraîtront également dans un supplément en langue allemande.

*
* *

Un nouveau journal dentaire se publie en Amérique sous le titre *The Dental Era* et la direction de MM. Kennerly et Prinz. Il est mensuel et édité à Saint-Louis, Missouri. Son premier numéro a paru en janvier 1902.

---

### Changement de titre d'un journal.

A la suite d'un incendie qui a détruit le 4 janvier dernier les bureaux de l'*Ohio dental Journal* avec tous les numéros brochés et reliés et les clichés, il a été nécessaire de refaire un cliché pour la couverture, et l'administration en a profité pour changer le titre du journal, qui porte maintenant le nom de *The dental Summary*.

---



## CHARLES ESSIG

On anonce la mort du Dr Charles J. Essig, décédé le 2 décembre 1901 à Wallingford (Delaware) d'une pneumonie. Il était né à Philadelphie le 23 juillet 1841. Il avait été doyen du collège dentaire de Pensylvanie. Il a laissé deux ouvrages importants : son petit manuel de chimie et de métallurgie et son traité américain de prothèse dentaire *(American Text-book on prosthetic dentistry)*.

Ce dernier volume, édité en 1897 avec la collaboration de MM. Burchard, Évans, Goddard, Molyneaux, Ottolengui, Tees et Thompson, est l'ouvrage le plus complet de prothèse dentaire publié en Amérique dans ces dix dernières années.

# DERNIÈRE HEURE

## Fédération dentaire nationale.

Le bureau de la Fédération dentaire nationale a décidé, dans sa séance du 27 mars, que la prochaine réunion de la Fédération aura lieu à Paris le samedi 24 mai 1902. Cette réunion sera suivie d'un banquet donné en l'honneur de la Fédération par l'École dentaire de Paris et l'Ecole odontotechnique.

Le dimanche matin 25 mai, séance de démonstrations pratiques, organisée par MM. Sauvez et Siffre, avec visites dans les écoles. Un déjeuner suivra.

---

## Fédération dentaire internationale.

Le bureau du Conseil exécutif de la Fédération dentaire internationale a décidé, dans sa séance du 27 mars, que la session de la Fédération qui doit avoir lieu à Stockholm en 1902 se tiendra du 15 au 20 août.

---

### Avis relatif au recouvrement des cotisations.

**Les membres de l'Association générale des dentistes de France et les membres de la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris *habitant la France* sont informés que les reçus de cotisation pour 1902 (1er semestre) seront présentés à domicile très prochainement.**

**M. le trésorier leur serait reconnaissant de vouloir bien donner des instructions pour que, en cas d'absence, il soit fait bon accueil à la présentation de la quittance.**

**Les sociétaires *domiciliés dans les colonies ou à l'étranger* sont priés de vouloir bien adresser le montant de cette même cotisation (10 fr.) au trésorier, en un mandat-poste international ou en un chèque sur un établissement financier de Paris.**

**Adresse du trésorier : M. *Jules d'Argent*, 45, rue de la Tour-d'Auvergne, Paris.**

22e ANNÉE. N° 7 15 AVRIL 1902 VOL. XXVII




**L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.**

## Travaux Originaux

# L'EXTRACTION SYMÉTRIQUE DES PREMIÈRES MOLAIRES PERMANENTES EST-ELLE FONDÉE ?

Par le Dr E. FÖRBERG, de Stockholm.

*(Communication à la Société d'Odontologie de Paris. Séance du 18 mars 1902.)*

Depuis longtemps déjà il a été reconnu par les dentistes qu'une denture trop serrée est prédisposée à l'attaque de la carie.

Diverses méthodes ont été mises en œuvre pour remédier à cet inconvénient, pour « gagner de la place » dans les mâchoires, soit par l'extraction de certaines dents, soit par le limage des dents, la « séparation permanente », etc.

Ces essais pour améliorer les conditions naturelles de la dentition ont rencontré autant d'énergiques champions que de zélés adversaires. Peu de méthodes ont été aussi longtemps discutées que la méthode d'extraction symétrique, et, pourtant, elle reste, aujourd'hui encore, l'objet des controverses les plus vives.

Le Dr Andrieu a donné le premier une autorité scientifique à cette méthode dans son travail si connu : *Leçons cliniques sur les maladies des dents.*

Ce travail a, dans une certaine mesure, servi de base à

une monographie du Dr Sternfeld, qui a paru tout récemment [1] (3). Cette nouvelle étude, remarquable à plusieurs points de vue, a fait sensation et sans nul doute a converti nombre d'adversaires.

Il n'est point dans mon intention d'entreprendre la critique détaillée de l'ouvrage du Dr Sternfeld. Ce serait ici hors de propos et, du reste, cela m'entraînerait trop loin. Le sujet est si riche qu'il serait plus facile de le traiter en un livre entier que de le restreindre au cadre d'une conférence.

Je veux seulement, arrivé, après plus de vingt-cinq années d'expérience et par une étude sérieuse de la question, à une opinion qui, sur des points essentiels, diffère de celle dont le Dr Sternfeld et d'autres adhérents prennent la défense, examiner si ce travail nous offre quelques preuves nouvelles et concluantes et s'il a véritablement résolu la question.

Le Dr Sternfeld cite quelques passages de la monographie très connue du Dr Andrieu sur la molaire de six ans.

« Ces dents, en raison de leur développement, de leur fonction et de leur durée, n'appartiennent point aux dents permanentes et doivent par conséquent être supprimées vers la fin de la douzième année, c'est-à-dire à l'époque où apparaissent les secondes molaires permanentes. Ce procédé ménagera de la place, non seulement aux secondes molaires et plus tard aux dents de sagesse, mais encore aux bicuspides et aux canines placées en avant et évitera ainsi une dentition anormale. »

D'accord avec le Dr Sternfeld, je considère ce raisonnement du Dr Andrieu comme insoutenable.

Notre célèbre maître en ces matières, M. le professeur Leche, veut bien me communiquer l'appréciation suivante :

« Au point de vue purement morphologique, il est certainement admissible que non seulement la première molaire, mais aussi les deuxièmes et troisièmes molaires appartiennent à la première dentition (dents temporaires). Plusieurs circonstances viennent à l'appui de cette manière de voir. Nous nous bornerons à en indiquer deux : l'une, la présence des organes de l'émail au côté lingual des molaires comme pour les dents temporaires ; l'autre, la constatation de l'organe générateur de l'émail au côté lingual des molaires chez les phoques et des conditions analogues chez les marsupiaux.

1. *Uber die sogenannte frühzeitige Extraction des sechsjährigen Molaren* von Dr med. Alfr. Sternfeld. Wien 1900. (*Sur l'extraction précoce de la molaire de six ans par le Dr Sternfeld*, Vienne 1900.)

» Enfin, il convient d'ajouter que chez des mammifères d'ordre très inférieur, de même que chez plusieurs types préhistoriques, les dents de lait se rencontrent simultanément avec les trois molaires.

» Il est clair cependant que l'on ne doit point se baser sur des données morphologiques ni lorsqu'il s'agit de juger de l'importance physiologique de la première molaire ni surtout lorsqu'il s'agit d'opération.

» Au contraire, cette circonstance même que la première molaire, en raison de son apparition tardive, n'est pas renouvelée, est loin de parler en faveur d'une extraction anticipée [1]. »

Cette opinion du professeur Leche est sans aucun doute concluante contre celle du Dr Andrieu, qui prétend que cette dent n'aurait qu'une importance temporaire.

D'autres spécialistes se prononcent dans le même sens. Johnson (6), par exemple, appelle les molaires « the standard-bearers of the jaws » (les supports-types des mâchoires) et apprécie que ces dents soient appelées à servir plus longtemps que les autres.

Fenchel, Röse, Greve et d'autres se sont prononcés énergiquement pour le maintien des dents en question. Le Dr Sternfeld dit (*l. c.*, page 5).

« On doit admettre avec Röse que les dents dont il s'agit fonctionnent admirablement comme molaires, même après la douzième année et que, si aucune cause particulière ne rend leur extraction nécessaire ou avantageuse, il n'y a point lieu de priver l'appareil masticateur de leur précieux concours.

» Ce procédé d'extraction ne peut donc être appliqué qu'en présence de circonstances pathologiques évidentes ou tout au moins d'un état anormal des dents ou de la mâchoire. »

Les raisons qui, d'après le Dr Sternfeld, autorisent l'extraction sont :

1° Si la carie a fait de tels progrès que la pulpe est déjà à nu ou même inflammée [2] ;

2° S'il y a disproportion entre la mâchoire et les dents, soit que ces dernières, par suite d'un développement anormal, ne puissent trouver la place qui leur est nécessaire, soit,

---

1. Voir pour de plus amples renseignements sur cette question le rapport détaillé de Röse : *Das Zahnsystem der Wirbelthiere. (Le système dentaire des vertébrés.)*

2. Les ressources dont nous disposons aujourd'hui pour le traitement et l'obturation des canaux radiculaires rendent difficile l'admission de cette raison.

ce qui est le plus fréquent, que la mâchoire soit de dimension trop petite pour fournir de la place aux dents de largeur normale ;

3° L'extraction des molaires de six ans doit être conseillée dans beaucoup de cas où les dents sont irrégulièrement rangées, souvent entassées en même temps faute de place « et ici comme dans la plupart des cas, les molaires de six ans doivent être extraites, mais elles seules et jamais aucune autre dent ».

« Malgré des mesures prophylactiques, il se présente de nombreux cas dans lesquels une opération faite en temps opportun est de la plus haute importance et où la négligence de cette opération pourrait amener les désordres les plus graves et les plus durables dans tout l'appareil masticateur, cas dans lesquels, en un mot, une opération bien comprise et bien complète peut être considérée comme une mesure prophylactique de premier ordre et qu'on ne peut en aucune façon qualifier d'acte de barbarie [1]. »

Il serait difficile de défendre plus chaleureusement la cause de l'extraction des molaires. Mais, à mon avis, cette méthode d'extraction symétrique des molaires ne mérite pas un tel enthousiasme et je veux essayer de motiver mon opinion personnelle.

Le Dr Andrieu et ses adeptes donnent les raisons suivantes de l'extraction des molaires permanentes :

1° Cette dent serait plus qu'une autre exposée à la carie ;

2° L'extraction a l'avantage de faire place et aux dents qui restent et à celles qui perceront plus tard.

Examinons ces raisons et nous verrons qu'elles reposent toutes deux sur de fausses suppositions.

La première s'appuie sur quelques données statistiques.

Je tiens à faire remarquer combien ces données varient d'après les matériaux sur lesquels elles sont basées.

Je laisse de côté comme peu probantes les statistiques d'extraction de certaines cliniques (bien que ces statistiques aient été employées).

D'autres statistiques, celles de Linderer (31), de Parreidt

---

1. *L. c.*, pag. 41.

(32), etc., par exemple, ont été établies d'après des matériaux recueillis dans des cliniques ou dans le cabinet des praticiens. Mais, pour plusieurs raisons, on ne peut, d'après ces matériaux, juger de la fréquence de la carie ni en général ni encore moins pour chaque espèce de dent en particulier.

Les seuls matériaux de valeur qui puissent nous servir sont ceux que nous fournissent la jeunesse des écoles publiques et les troupes. Ces matériaux ont été employés par quelques spécialistes tels que Fenchel (11), Röse (13, 14), Berten (33), Port (34), etc.

Quelques auteurs ont essayé de déterminer des résultats d'après des statistiques embrassant seulement une ou deux centaines de cas. Mais ces chiffres sont toujours douteux en raison de la trop grande latitude laissée aux facteurs éventuels de toutes sortes.

Il faut donc se garder de faire (comme cela arrive quelquefois) des comparaisons directes entre les résultats de statistiques basées sur des matériaux si divers, car il faut toujours prendre en considération l'âge, le sexe, la race, etc. des sujets. Greve (15) dit [1] :

« Si l'on veut dresser une statistique à l'abri des objections, on doit comparer, par exemple, la fréquence de la carie des premières molaires permanentes de six à sept ans avec celle des deuxièmes molaires de douze à treize ans, ce qui n'a pas encore été fait. »

Les matériaux obtenus dans les écoles par le Comité d'enquête de la Société des dentistes suédois rendent possible cette comparaison, et ces matériaux ont d'autant plus de valeur qu'ils sont recueillis sur un très grand nombre d'enfants : 18,000 environ, appartenant tant aux lycées qu'aux écoles communales des différentes provinces du pays.

La statistique ci-dessous, dressée pour cet article à l'aide des matériaux dont nous venons de parler, a pour but de montrer à quels degrés différents les molaires résistent à la carie.

Elle comprend 15,000 enfants dont 8,021 garçons et 6,979 filles de sept à seize ans. Je veux indiquer ici, comme

---

1. *L. c.*, pag. 324.

se rattachant étroitement à mon sujet, le résultat d'une comparaison entre la fréquence relative de la carie des premières molaires et des deuxièmes molaires. (Voir le tableau II page suivante.)

**TABLEAU I**

**Nombre de dents par 100 enfants.**

| AGE | MACHOIRE SUPÉRIEURE | | | | MACHOIRE INFÉRIEURE | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | I bicuspide | II bicuspide | I molaire | II molaire | I bicuspide | II bicuspide | I molaire | II molaire |
| Garçons. | | | | | | | | |
| 7—8 ans. | 3 | 1 | **172** | — | 2 | 2 | **182** | — |
| 8—9 » | 16 | 7 | 198 | — | 8 | 6 | 199 | 1 |
| 9—10 » | 58 | 33 | 200 | 2 | 30 | 26 | 199 | 3 |
| 10—11 » | 101 | 71 | 200 | 8 | 67 | 63 | 200 | 13 |
| 11—12 » | 145 | 116 | 200 | 30 | 125 | 101 | 200 | 51 |
| 12—13 » | 176 | 155 | 200 | 80 | 166 | 142 | 200 | 107 |
| 13—14 » | 190 | 178 | 200 | 130 | 183 | 169 | 200 | 150 |
| 14—15 » | 198 | 192 | 200 | **168** | 196 | 181 | 200 | 175 |
| 15—16 » | 198 | 194 | 200 | 182 | 198 | 191 | 200 | **184** |
| Filles. | | | | | | | | |
| 7—8 ans. | 2 | 2 | **179** | — | 1 | 3 | **198** | — |
| 8—9 » | 24 | 9 | 197 | 1 | 12 | 10 | 199 | — |
| 9—10 » | 71 | 37 | 200 | 1 | 43 | 39 | 200 | 4 |
| 10—11 » | 123 | 82 | 200 | 10 | 105 | 81 | 200 | 24 |
| 11—12 » | 164 | 126 | 200 | 40 | 155 | 125 | 200 | 69 |
| 12—13 » | 187 | 165 | 200 | 100 | 181 | 158 | 200 | 127 |
| 13—14 » | 197 | 183 | 200 | 148 | 194 | 180 | 200 | 164 |
| 14—15 » | 198 | 194 | 200 | **174** | 199 | 192 | 200 | 183 |
| 15—16 » | 199 | 195 | 200 | 193 | 199 | 192 | 200 | **190** |

Dans le but d'assurer l'exactitude de notre point de départ pour cette comparaison, nous aurons d'abord égard au temps de l'apparition des dents.

La première molaire permanente fait son apparition assez régulièrement vers l'âge de six à sept ans ; l'éruption des deuxièmes molaires a lieu pendant une période de plusieurs années.

Le seul point de départ exact pour une comparaison consiste donc à déterminer l'âge auquel on constate la présence des deux dents en nombre à peu près égal chez cent enfants par exemple.

**TABLEAU II**

**Nombre de dents cariées 0/0.**

| AGE | MACHOIRE SUPÉRIEURE | | | | MACHOIRE INFÉRIEURE | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | I bicuspide | II bicuspide | I molaire | II molaire | I bicuspide | II bicuspide | I molaire | II molaire |
| Garçons. | | | | | | | | |
| 7— 8 ans. | — | — | **16.8** | — | — | — | **34.3** | — |
| 8— 9 » | 5.3 | — | 27.0 | — | — | — | 50.4 | — |
| 9—10 » | 4.8 | 2.6 | 41.3 | — | 1.8 | 1.3 | 62.2 | 6.9 |
| 10—11 » | 4.6 | 4.5 | 43.9 | 3.1 | 1.4 | 4.2 | 64.8 | 12.9 |
| 11—12 » | 5.4 | 5.0 | 49.9 | 10.2 | 1.8 | 6.0 | 71.1 | 20.8 |
| 12—13 » | 6.3 | 5.2 | 54.0 | 13 5 | 2.2 | 7.4 | 72.9 | 23.2 |
| 13—14 » | 10.1 | 8.7 | 59.6 | 16 5 | 3.2 | 8.4 | 73.8 | 24.6 |
| 14—15 » | 11.1 | 10.3 | 61.2 | **20.7** | 3.4 | 7.6 | 76.2 | 29.4 |
| 15—16 » | 12.3 | 10.9 | 64.6 | 25.5 | 3.3 | 6.6 | 74.6 | **35.3** |
| Total... | 7.5 | 6.8 | 49.0 | 16.9 | 2.5 | 6.8 | 67.7 | 25.4 |
| Filles. | | | | | | | | |
| 7— 8 ans. | — | — | **22.9** | — | — | — | **51.0** | — |
| 8— 9 » | 5.5 | — | 28.0 | — | — | — | 57.4 | — |
| 9—10 » | 5.2 | 3.5 | 42.2 | — | 2.3 | 4.4 | 72.7 | 8.6 |
| 10—11 » | 7.2 | 3.9 | 52.1 | 9.4 | 2.6 | 5.4 | 77.6 | 16.8 |
| 11—12 » | 9.5 | 6.7 | 55.4 | 14.1 | 2.5 | 8.4 | 77.9 | 21.9 |
| 12—13 » | 11.1 | 9.1 | 58.4 | 17.1 | 3.0 | 10.1 | 77.8 | 28.4 |
| 13—14 » | 10.2 | 9.1 | 59.6 | 21.8 | 2.3 | 10.1 | 77.9 | 34.8 |
| 14—15 » | 16.8 | 11.0 | 61.7 | **27.6** | 4.0 | 9.1 | 77.1 | 41.6 |
| 15—16 » | 20.2 | 13.9 | 62.7 | 24.7 | 4.8 | 12.7 | 77.0 | **41.2** |
| Total... | 10.2 | 8.0 | 50.5 | 20.2 | 2.8 | 8.8 | 73.9 | 30.8 |

Nous voyons par le tableau I que la première molaire se trouve à l'âge de sept à huit ans à peu près en même proportion que la deuxième molaire à l'âge de quatorze à quinze ans à la mâchoire supérieure et à l'âge de quinze à seize ans à la mâchoire inférieure.

Si nous comparons maintenant le pourcentage de la carie aux âges correspondants (tab. II) nous trouvons les nombres suivants disposés en tableau pour plus de clarté.

| | | 1re molaire | 2e molaire. |
|---|---|---|---|
| Mâchoire supérieure. | Garçons..... | 16,8 | 20,7 |
| | Filles........ | 22,9 | 27,6 |
| Mâchoire inférieure. | Garçons..... | 34,3 | 35,3 |
| | Filles........ | 51,0 | 41,2 (50,0,2) |

En présence de ces chiffres, il serait difficile de contester qu'aux âges indiqués les deuxièmes molaires de la mâchoire supérieure sont relativement plus exposées à la carie que les premières molaires.

A la mâchoire inférieure, au contraire, cette différence est à peine appréciable en ce qui concerne les garçons ; chez les filles, elle paraît se manifester en sens inverse ; mais ceci n'offre rien de concluant, car le chiffre 41,2 nous paraît trop faible (d'après l'ensemble des circonstances).

Cela dépend du nombre restreint des filles de cet âge dans les écoles où les recherches ont été faites, circonstance qui augmente l'influence des facteurs éventuels. Nous trouvons (d'après l'ensemble des circonstances) que ce chiffre devrait être au moins 50 o/o chez les garçons, à peu près le même que pour les premières molaires.

Mon expérience clinique me fait supposer que la première molaire après la douzième année environ, ou dès qu'elle a été affranchie du dangereux voisinage de la deuxième molaire temporaire, est moins qu'auparavant exposée à la carie, tandis que la prédisposition de la deuxième molaire à la carie s'accroît à un haut degré.

Cette supposition trouve un appui dans nos statistiques qui montrent que, tandis que la fréquence de la carie augmente en moyenne de 9 o/o par an de la septième à la dixième année, elle reste presque constante pendant les années suivantes [1].

La dent paraît donc, après la dixième ou onzième année, offrir beaucoup plus de résistance qu'auparavant [2].

Je viens de montrer que la première molaire, sans doute par suite de conditions hygiéniques défavorables, présente pendant la période de six à douze ans de très nombreuses caries, mais qu'après la douzième année la fréquence de la carie reste presque constante.

---

1. Voir *Förberg, Étude sur les dents des enfants dans les écoles de Suède.*
2. J'avais espéré que des examens faits sur nos troupes viendraient compléter ceux réalisés dans nos écoles; mais des circonstances fâcheuses ont rendu la chose imposible pour cette année.

Fenchel, Port et Berten sont, eux aussi, par leurs comparaisons entre la fréquence de la carie des premières et deuxièmes molaires, arrivés à des résultats se rapportant à celui que je viens de communiquer.

Ils montrent également que les premières molaires offrent de bonne heure de très nombreux cas de carie, mais qu'ensuite le nombre de ces cas reste à peu près le même ou s'accroît en proportion insignifiante, tandis que pendant la même période d'années le nombre des cas de carie de la deuxième molaire est plus que doublé.

Le Dr Röse, qui prend énergiquement la défense de la première molaire, résume ainsi son opinion :

« Il en résulte ce fait évident : *que la deuxième molaire chez l'homme a une plus mauvaise structure que la première et qu'elle est plus facilement attaquée par la carie que cette première !!!* L'expérience journalière nous apprend que les dents de sagesse ont encore une plus mauvaise structure que la deuxième molaire. Devant ces faits, ne serait-il pas à propos de combattre par tous les moyens possibles l'erreur de certains dentistes qui, coûte que coûte, pratiquent l'extraction des quatre premières molaires ? »

On voit, d'après ce qui vient d'être dit, que l'opinion que la première molaire serait à tel point plus exposée aux ravages de la carie que la deuxième molaire que la première devrait pour cette raison être sacrifiée à la seconde *n'est pas soutenable* [1].

Passons maintenant à l'examen de la seconde raison qui devrait motiver l'extraction symétrique : « elle donne de la place aux autres dents ».

Qu'on me permette, avant d'entreprendre la critique de cette raison, d'appeler l'attention sur la position normale des dents et sur leur articulation ; je serai aussi bref qu'il est possible.

---

1. Si, à l'aide d'obturations plastiques, on conserve la première molaire jusqu'à l'âge de douze ans environ, on verra que même des dents considérées jusqu'alors comme perdues ont pu être guéries et obturées définitivement. Nous avons pour cela d'excellentes ressources dans le ciment au phosphate de cuivre d'Ames, dans le coton carbonisé pour le remplissage des canaux, dans l'application de nitrate d'argent et même dans le limage du côté disto-lingual de la deuxième molaire temporaire (la seule séparation en forme de V qu'on puisse conseiller).

Il n'est point téméraire de dire qu'un grand nombre de dentistes (même parmi nos auteurs) étudient trop peu la disposition de l'appareil masticateur dans son ensemble et y attachent trop peu d'importance. Et pourtant notre but n'est pas seulement de traiter isolément une dent malade, mais aussi de tâcher d'entretenir l'appareil masticateur de chacun de nos patients dans le meilleur état possible de fonctionnement.

L'énumération de tous les points de vue auxquels l'articulation normale doit être étudiée m'entraînerait trop loin [1].

Je veux, en quelques mots seulement, faire remarquer la manière admirable dont chaque dent est placée et conformée pour atteindre son but ; comment, pour protéger la gencive et se soutenir mutuellement dans l'arcade dentaire, les dents se trouvent en contact seulement par le point convexe de leur surface, là où l'émail offre la plus grande résistance ; comment, grâce à l'inclinaison extérieure des molaires supérieures et à l'inclinaison intérieure des molaires inférieures, grâce au placement des canines et des bicuspides supérieures d'une demi-largeur de dent plus en arrière que celles de la mâchoire inférieure, les pointes et tubercules des dents s'emboîtent les uns dans les autres comme les dents de deux roues d'engrenage.

Remarquons particulièrement la courbe que forment les surfaces triturantes des molaires. Cette courbe, appelée courbe de compensation, sert à rendre possible le contact des molaires des deux mâchoires lors des mouvements divers du maxillaire inférieur (attrition et préhension) ; elle sert aussi, lors du rapprochement des deux mâchoires à amener les dents dans une position telle, les unes par rapport aux autres, que la force des muscles masticateurs se trouve utilisée de la meilleure manière.

---

1. Voir à ce sujet par exemple « *The significance of the natural form and arrangement of the dental arches of man* » (*Importance de la forme naturelle et de la disposition des arcades dentaires de l'homme*), by Dr J.-B. Davenport, *Dental Cosmos*, July 1887 et « *The Philosophy of mastication* » (*Philosophie de la mastication*), by Dr G.-B. Snow. *Dental Cosmos*, 1900.

Le Dr Bogue compare très justement le travail de la première molaire sur les premières et deuxièmes molaires à l'œuvre du pilon dans le mortier.

Remarquons aussi comme les racines sont bien conformées et bien placées pour remplir leur but.

L'inclinaison des racines dans la mâchoire joue un rôle important lorsqu'après l'extraction de leurs voisines les dents restantes tendent à s'emparer de la place laissée libre par l'opération.

Ces quelques observations nous prouvent que notre appareil masticateur est, dans ses moindres détails, admirablement constitué.

Que, malgré cet ordre parfait, des désordres se produisent, que les dents se carient, etc., cela ne dépend d'aucune faute dans l'œuvre du Créateur, mais bien des raffinements de notre civilisation qui nous empêchent de suivre nombre de lois naturelles, lesquelles, strictement observées, assureraient la conservation de notre santé.

J'ai eu l'occasion de traiter déjà quelques sujets se rapportant à celui-ci [1] ; je tiens cependant encore à indiquer combien il serait erroné de vouloir remédier à des maux résultant de ces raffinements de notre civilisation ou de circonstances en dépendant en essayant d'améliorer les conditions naturelles de notre appareil masticateur. *On ne peut attendre un bon résultat d'un diagnostic faux et d'un traitement mal appliqué.*

Les partisans de l'extraction symétrique prétendent que le contact entre les dents est dangereux et qu'il doit, coûte que coûte, être supprimé.

J'accorde volontiers que des dents très serrées sont plus exposées à la carie que celles qui sont bien espacées, mais je montrerai plus loin que la prétention de « gagner de la place » à l'aide de l'opération en question est complètement illusoire. Il est également facile de prouver que le contact entre les dents est nécessaire à plusieurs points de vue.

---

1. Voir les nos 21, 22, 23, dans l'*Index bibliographique* ci-après.

On rencontre, il est vrai, des personnes (surtout celles qui ont le visage large), pourvues par la nature de dents espacées, fortes et résistantes, mais cette disposition dépend de conditions naturelles que l'art est impuissant à produire.

Pour remédier aux irrégularités de la dentition et avant tout pour faire cesser le contact entre les dents, il faudrait, d'après la théorie de l'extraction symétrique, sacrifier la première molaire. Examinons donc quelles peuvent être les suites de cette opération, dont le résultat varie d'après l'époque de l'extraction.

Les partisans de l'extraction sont d'avis très différents relativement au temps où l'opération doit être faite.

Quelques-uns la conseillent vers l'âge de dix ans et demi à douze ans ou plus précisément quatre à six mois avant l'apparition de la deuxième molaire [1], c'est-à-dire dès qu'à l'aide de la sonde on peut sentir les pointes de cette dent. D'autres veulent voir percer les molaires ; d'autres veulent les voir complètement sorties ; quelques-uns prescrivent une année d'intervalle entre l'extraction de la molaire supérieure et celle de la molaire inférieure, etc.

Pour ma part, je trouve qu'il est déraisonnable de vouloir fixer l'âge auquel l'opération doit avoir lieu.

L'âge moyen auquel les différentes dents apparaissent est, d'après des calculs reposant sur les matériaux dont il a été parlé plus haut, fixé de la manière suivante :

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1re bic. | 10 ans, | 6 mois | à la mâch. sup. | et | 11 ans | | à la mâch. inf. | |
| 2e — | 11 — | 2 — | — | — | 11 — | 4 mois | — | — |
| 2e mol. | 12 — | 10 — | — | — | 12 — | 4 — | — | — |

Ceci pour les garçons. Chez les filles, les dents évoluent, en règle, six mois plus tôt [2].

1. Le Dr Sternfeld nous dit : (*l. c.* page 19) : « Nulle part, ni par aucun des plus fanatiques partisans de la méthode d'extraction, il n'est conseillé d'extraire la molaire de six ans avant la douzième année ou avant l'éruption de la deuxième molaire ». Ceci nous paraît dépendre d'un oubli du Dr Sternfeld, car non seulement le Dr Mitchell (24), mais plusieurs autres spécialistes ont conseillé l'extraction « prématurée » (Verfrühte), comme l'appelle le Dr Sternfeld.

2. Consulter le travail intéressant du Dr Berten sur l'éruption progressive des dents permanentes (28).

Le tableau I montre combien de bicuspides de molaires o/o ont évolué à différents âges.

Cent enfants ont en moyenne :

De 10 à 11 ans 198 1re bic. ; 149 2e bic et 28 2e mol.
De 11 à 12 ans 294 1re — ; 134 2e — et 95 —

Nous sommes bien loin encore, on le voit, du chiffre normal 400.

Les chiffres ci-dessus sont des moyennes. L'époque de l'évolution des dents varie, par exemple, pour la deuxième molaire de la neuvième à la seizième année.

On voit donc qu'il est indispensable, si l'on veut pratiquer la méthode de l'extraction symétrique, d'étudier minutieusement le cas en question et de ne point opérer d'après quelques règles générales concernant l'âge auquel elle serait conseillée.

Si nous examinons la bouche d'un enfant de dix ans et demi à douze ans, nous comprendrons à quel point l'extraction de la première molaire réduit la force masticatoire du petit patient.

Sans parler du temps nécessaire à la cicatrisation des plaies et pendant lequel la mastication est presque impossible, l'enfant ne peut, avant que la deuxième molaire ait complètement fait son apparition et pris la place de la première molaire, mâcher ses aliments qu'avec les dents de devant et les autres molaires.

Or, nous avons vu plus haut qu'à l'âge de dix à douze ans ces dernières dents n'ont pas encore apparu ou que leurs racines ne sont qu'incomplètement développées.

Les préparations anatomiques des tableaux I et II montrent quelques phases de la deuxième dentition et le développement progressif des racines des bicuspides vers l'âge de dix ans et demi à douze ans.

On comprend l'influence pernicieuse d'un appareil masticateur aussi insuffisant pendant cette période d'années où le développement physique de l'enfant est le plus actif.

Il est évident que les dents qui percent ne pourront atteindre leur longueur normale et que celles qui sont déjà sorties

ne pourront, par suite du développement incomplet de leurs racines, supporter la pression des muscles masticateurs lorsqu'on aura supprimé les premières molaires qui, en raison de la robuste conformation de leurs racines, de leur hauteur et de leur large surface, sont particulièrement appelées à maintenir l'articulation normale des dents des deux mâchoires et à ménager aux deuxièmes molaires la possibilité d'atteindre leur hauteur voulue.

Une suite naturelle de l'extraction des premières molaires est donc, le plus souvent, l'abaissement de l'articulation des dents et parfois même un prognathisme pathologique des dents de devant.

Ce résultat est constaté même par les partisans de la méthode d'extraction.

Le Dr Sternfeld fait, il est vrai, à ce sujet, la réserve suivante :

« Il faut bien comprendre que ceci est le résultat consécutif de l'extraction prématurée, opération désapprouvée par moi lorsqu'elle est faite avant la douzième année, avant l'apparition de la deuxième molaire [1]. »

Nous avons prouvé que cette circonstance ne peut influer sur le résultat final de l'opération, la deuxième molaire ne pouvant remplir les fonctions de la première molaire que lorsqu'elle a acquis la hauteur et la stabilité complètes.

D'autres suites plus ou moins graves de l'opération pourraient être indiquées. Je les passerai sous silence pour arriver à examiner dans quelle mesure est atteint le résultat qui devrait contre-balancer ces suites fâcheuses : « la place ménagée aux dents ».

Comme nous l'avons dit, la plupart des spécialistes qui conseillent l'extraction symétrique s'appuient sur cette raison fondamentale que l'opération donne de la place aux dents restantes. C'est là une erreur.

L'opération a modifié, il est vrai, les dimensions de la mâchoire, mais non comme on l'espérait. La nature s'efforce

---

1. *L. c.* page 19.

de réparer le dommage, de regagner la fermeté perdue en projetant les dents restantes vers les espaces vides, si aucun obstacle ne se présente (comme, par exemple, l'articulation).

Cette projection des dents ne cesse que lorsque les dents sont complètement en contact.

Pendant la durée du mouvement des dents, nous avions certainement « gagné de la place » et puis ? Que nous reste-t-il ensuite ? Rien ! Nous n'avons fait que troubler l'harmonie naturelle de l'appareil masticateur.

Par la perte de la première molaire, perte irréparable, la courbe, dite *de compensation*, s'est aplatie et la force normale de l'appareil masticateur a, par là même, sensiblement diminué.

La première grosse molaire, fortement constituée, se trouve remplacée par la deuxième molaire ordinairement beaucoup plus petite et plus faible.

Des dents, qui n'étaient point destinées à se toucher, sont maintenant en contact, le plus souvent, ayant plus ou moins tourné sur elles-mêmes ou bien s'étant inclinées les unes vers les autres en différentes directions.

Loin d'avoir rien amélioré dans les conditions du contact des dents nous ne sommes arrivés qu'à produire les circonstances les plus favorables à l'apparition de la carie.

Tel est le résultat si les dents des deux mâchoires suivent la même marche lors de la contraction de la mâchoire. Mais si l'une ou l'autre de ces dents est gênée par son contact avec les dents opposées, il se produit dans la dentition des interstices limités par des dents inclinées les unes contre les autres.

Dans ces vides s'amassent des restes de nourriture qui compriment les papilles de la gencive et occasionnent des dommages et des inconvénients de plusieurs sortes.

J'appellerai l'attention sur une circonstance qui, à mon avis, n'a pas encore été suffisamment étudiée : l'influence de l'extraction sur l'accroissement de la mâchoire.

Cet accroissement a lieu, comme on le sait, au temps en question par le prolongement de la mâchoire elle-même,

c'est-à-dire par l'apposition de nouvelles cellules osseuses à l'arrière des dents existant alors, et de cette manière une place est préparée aux molaires qui perceront à quelques années d'intervalle.

Mais comme la nature ne fait rien sans cause, l'extraction de la première molaire empêche l'accroissement de la mâchoire. Du moment que la deuxième molaire prend la place de la première molaire et qu'à son tour la troisième molaire prend celle de la deuxième molaire, l'accroissement de la mâchoire n'est point nécessaire et *il ne se produit pas.*

Nous avons donc par l'extraction, non seulement affaibli la force de la mastication de l'enfant pendant une période très importante de son développement physique, mais encore réduit notre patient à se contenter, comme adulte, et pour toute sa vie, de l'appareil masticateur qu'il aurait eu entre douze et quinze ans, et peut-être en plus mauvais état.

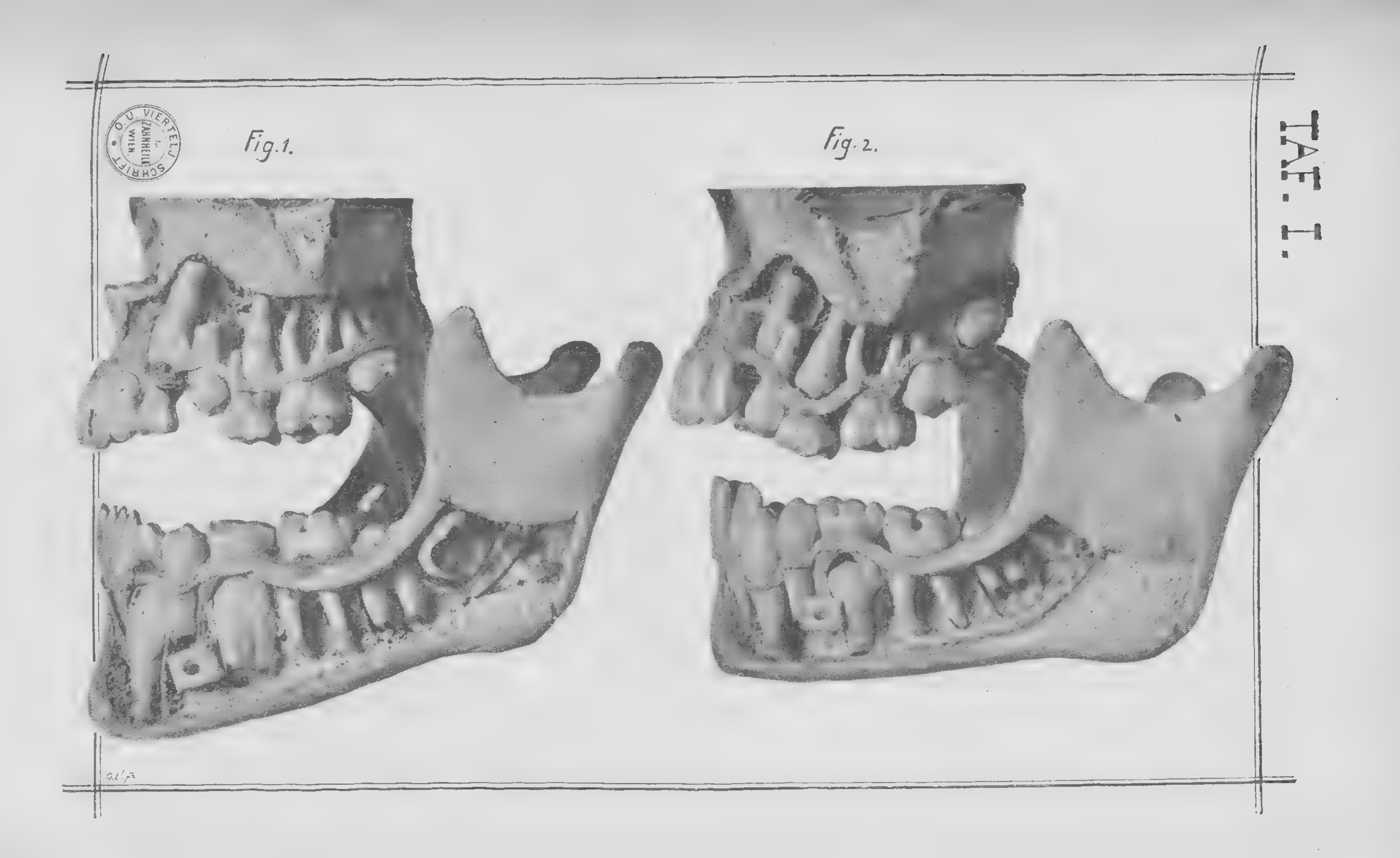
Si l'on prend l'empreinte d'une bouche traitée par l'extraction symétrique, on sera frappé de son exiguïté anormale. On verra, surtout s'il y a lieu d'appliquer la digue sur cette dentition, combien les dents sont serrées, entassées les unes contre les autres.

Loin d'avoir prévenu le contact si redouté des dents, on a amené *ce contact et provoqué un concours de circonstances des plus favorables à l'apparition de la carie.*

Toutes ces observations ne sont point des chimères, mais bien des faits trop souvent constatés et que je tiens à rendre évidents à l'aide d'une série de modèles. J'ai trouvé ces modèles dans la collection de la Société des dentistes suédois.

Je suis allé ensuite moi-même visiter les personnes dont les noms étaient inscrits sur les modèles, afin de juger du résultat obtenu après quatorze ou quinze ans. Tous ces modèles nous viennent d'un dentiste aussi habile que consciencieux, le Dr Frans Berggren. Berggren était un zélé

TAF. I.



TAF. II.

Fig. 2.

Fig. 1.

TAF. III.

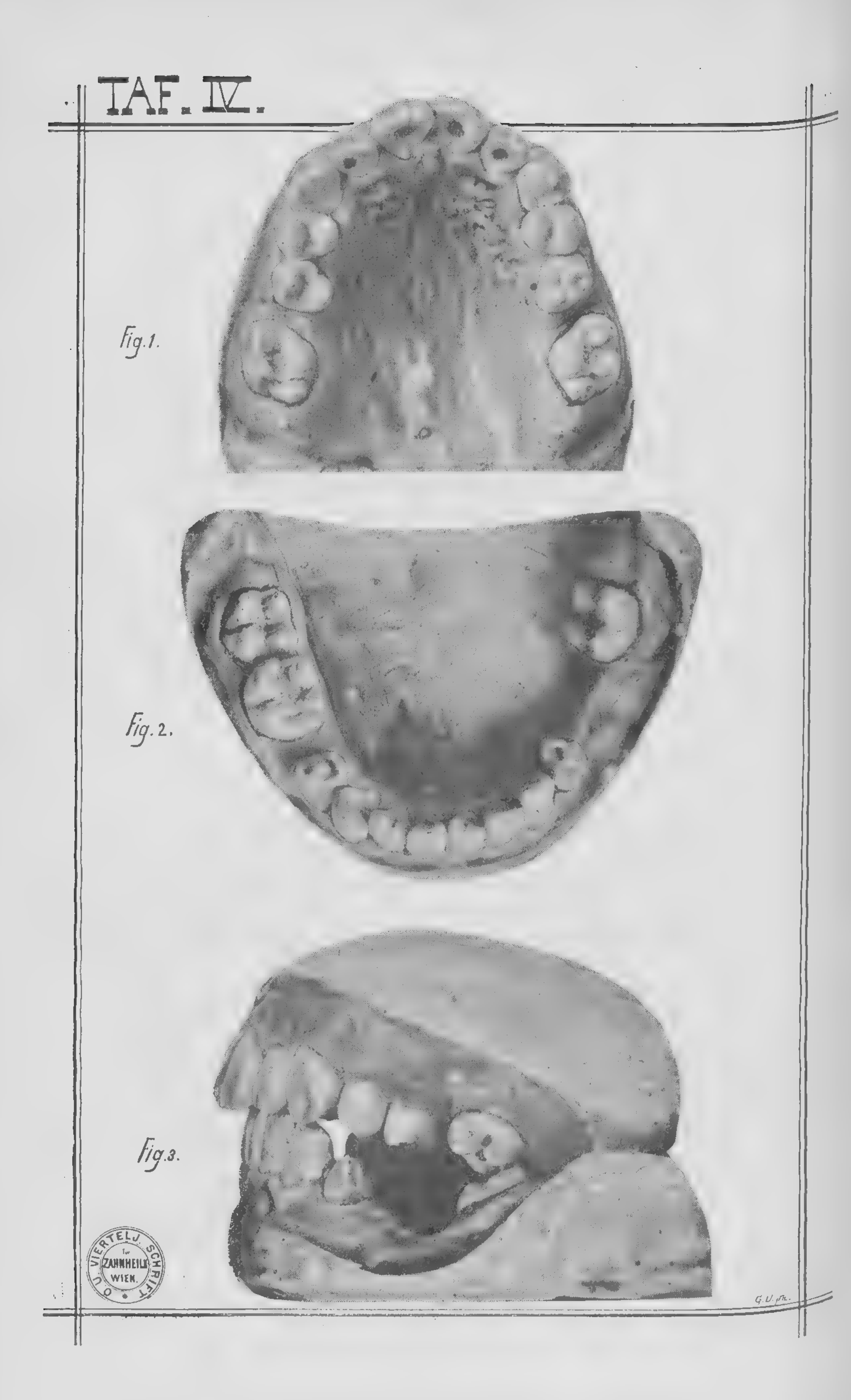
Fig. 1.

Fig. 2.

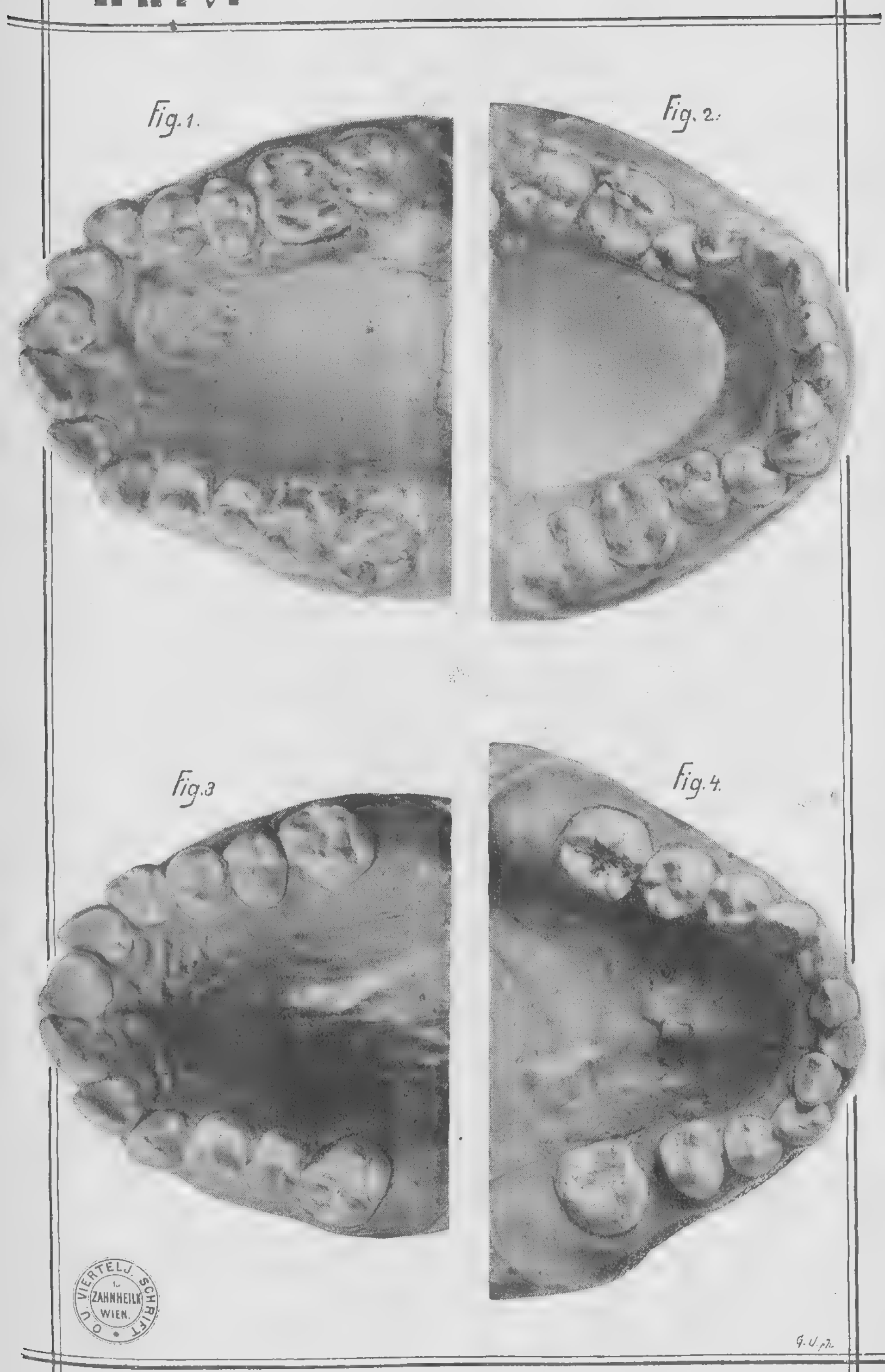
Fig. 3.

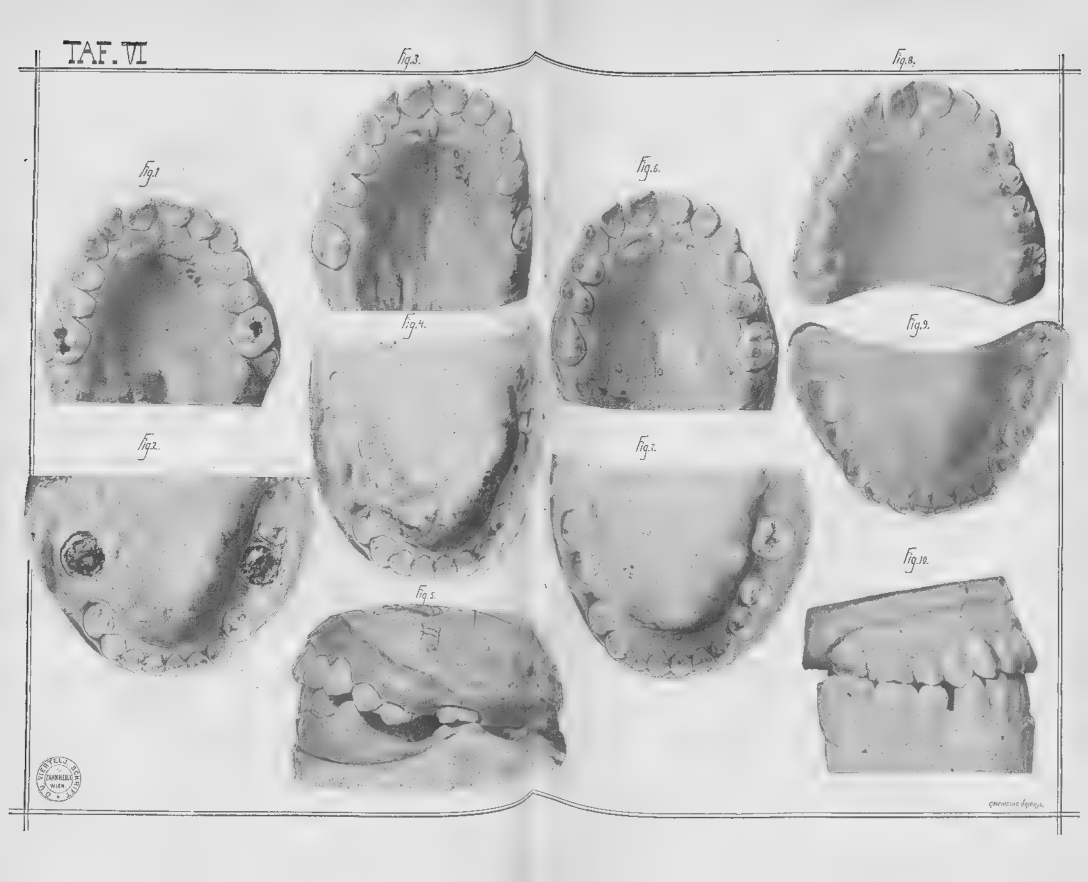


G. U. Z.

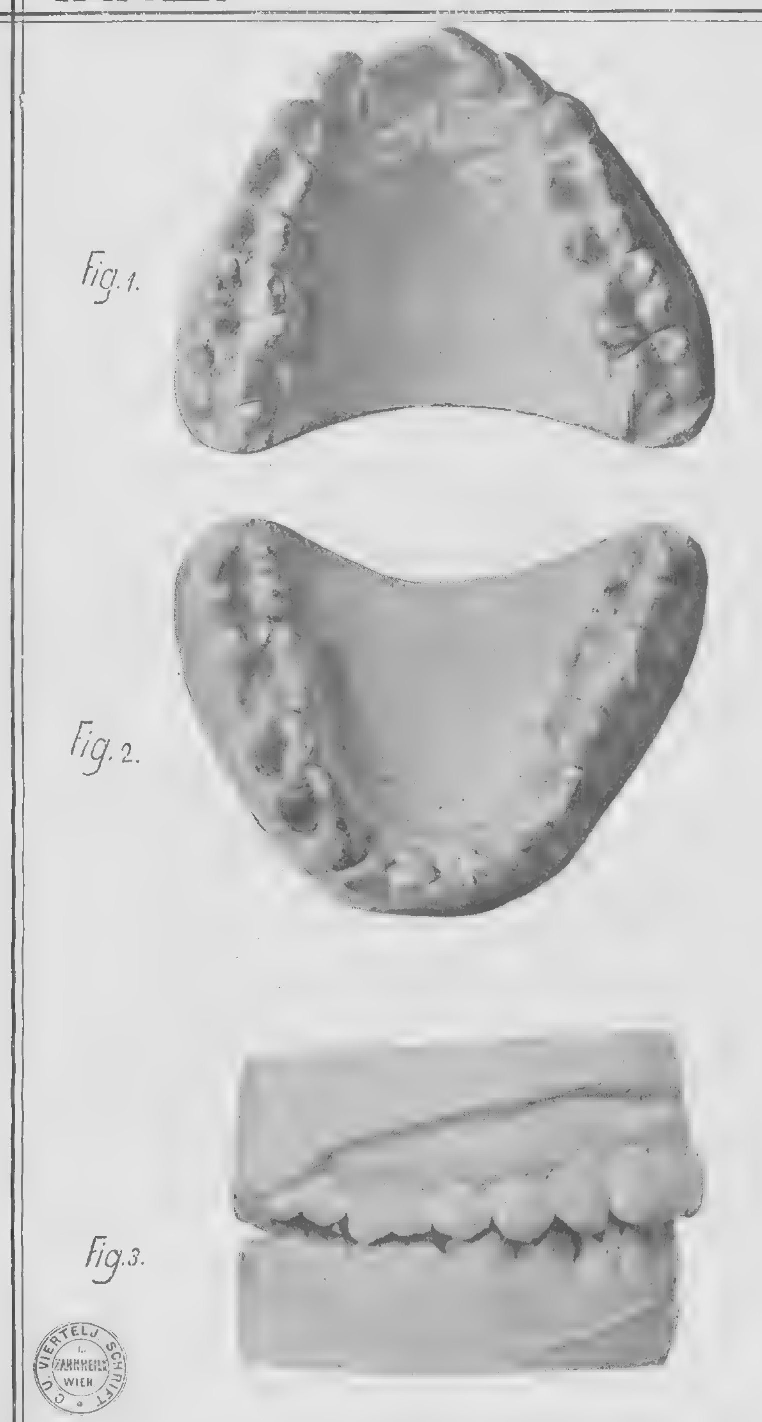

TAF. IV.
Fig. 1.
Fig. 2.
Fig. 3.
G. U. ph.

# TAF. V.




TAF. VI
Fig. 1
Fig. 2.
Fig. 3.
Fig. 4.
Fig. 5.
Fig. 6.
Fig. 7.
Fig. 8.
Fig. 9.
Fig. 10.

TAF. VII.



TAF. VIII.

Fig. 1.

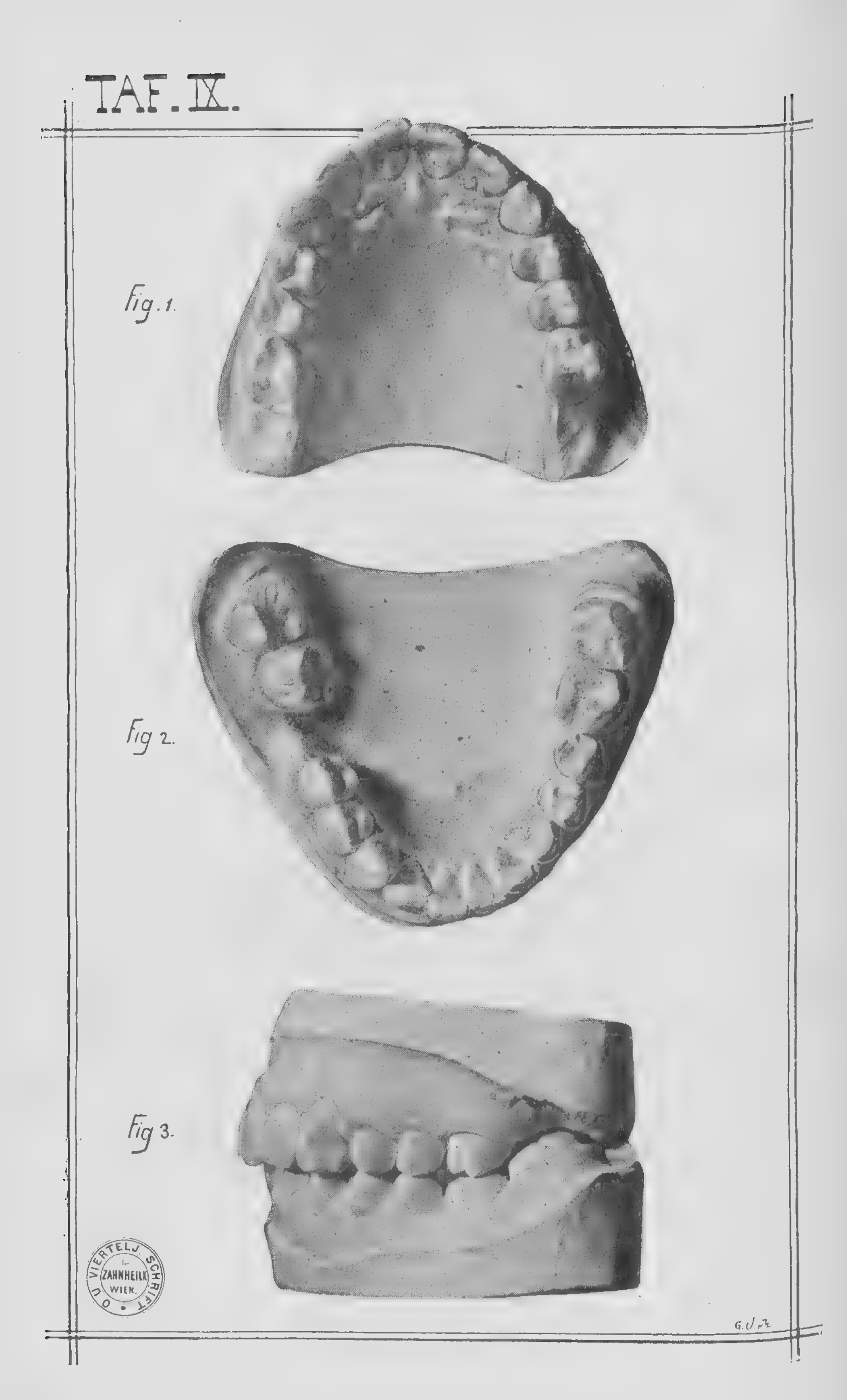


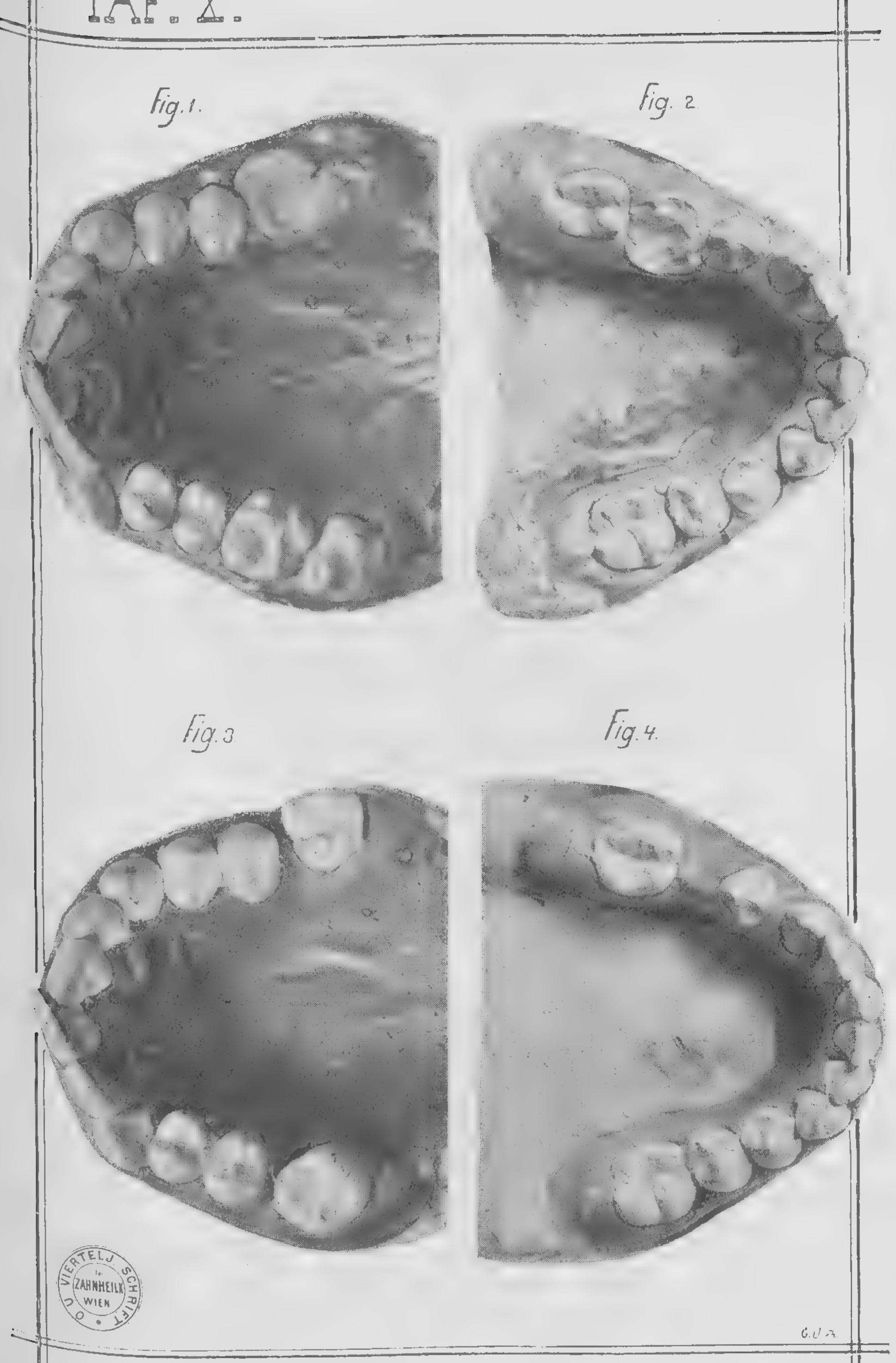
Fig. 2.



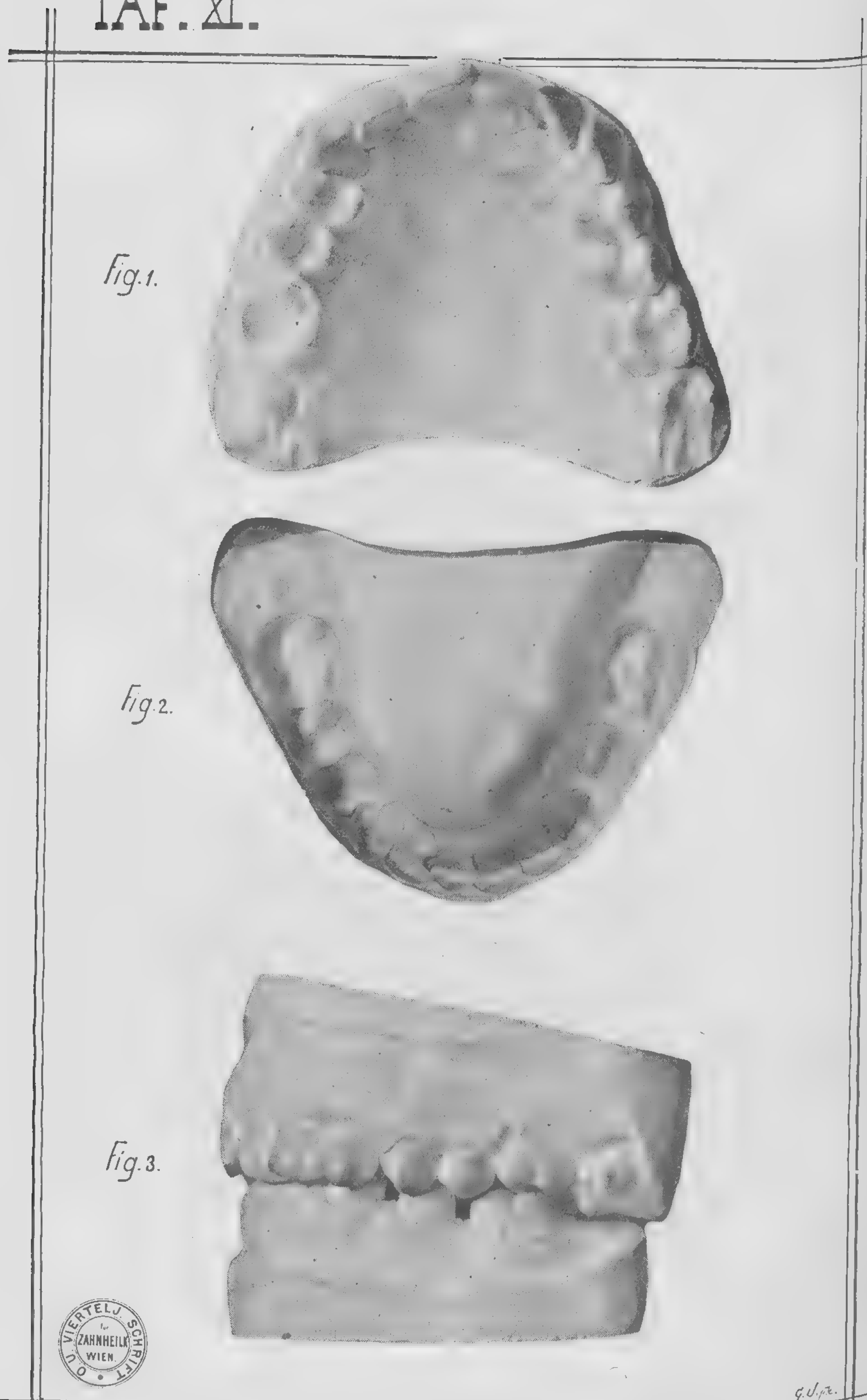



G.U. pz.


TAF. IX.
Fig. 1.
Fig 2.
Fig 3.
Ö. U. VIERTELJ. SCHRIFT f. ZAHNHEILK. WIEN.


TAF. X.
Fig. 1.
Fig. 2.
Fig. 3.
Fig. 4.
Ö. U. VIERTELJ. SCHRIFT f. ZAHNHEILK. WIEN

TAF. XI.



TAF. XII.

Fig. 1.

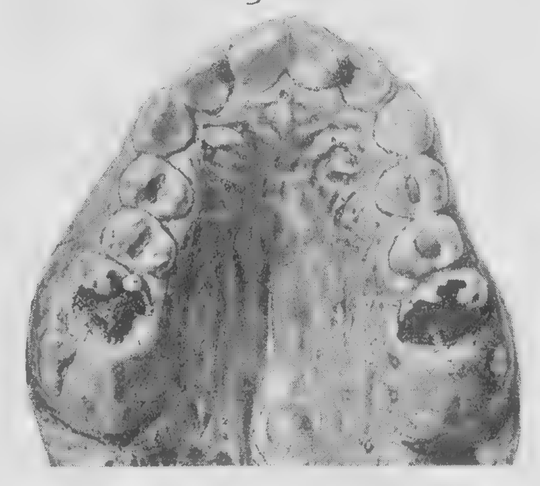
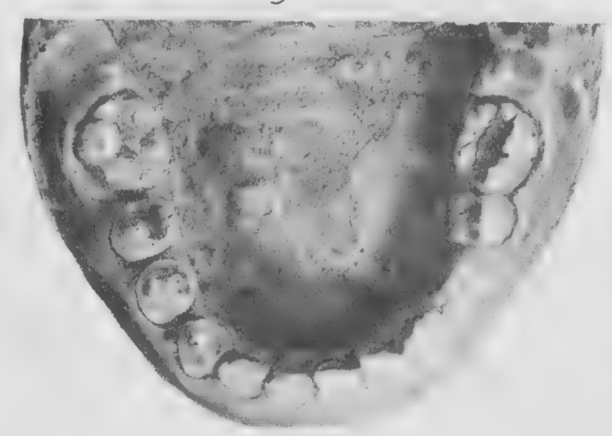


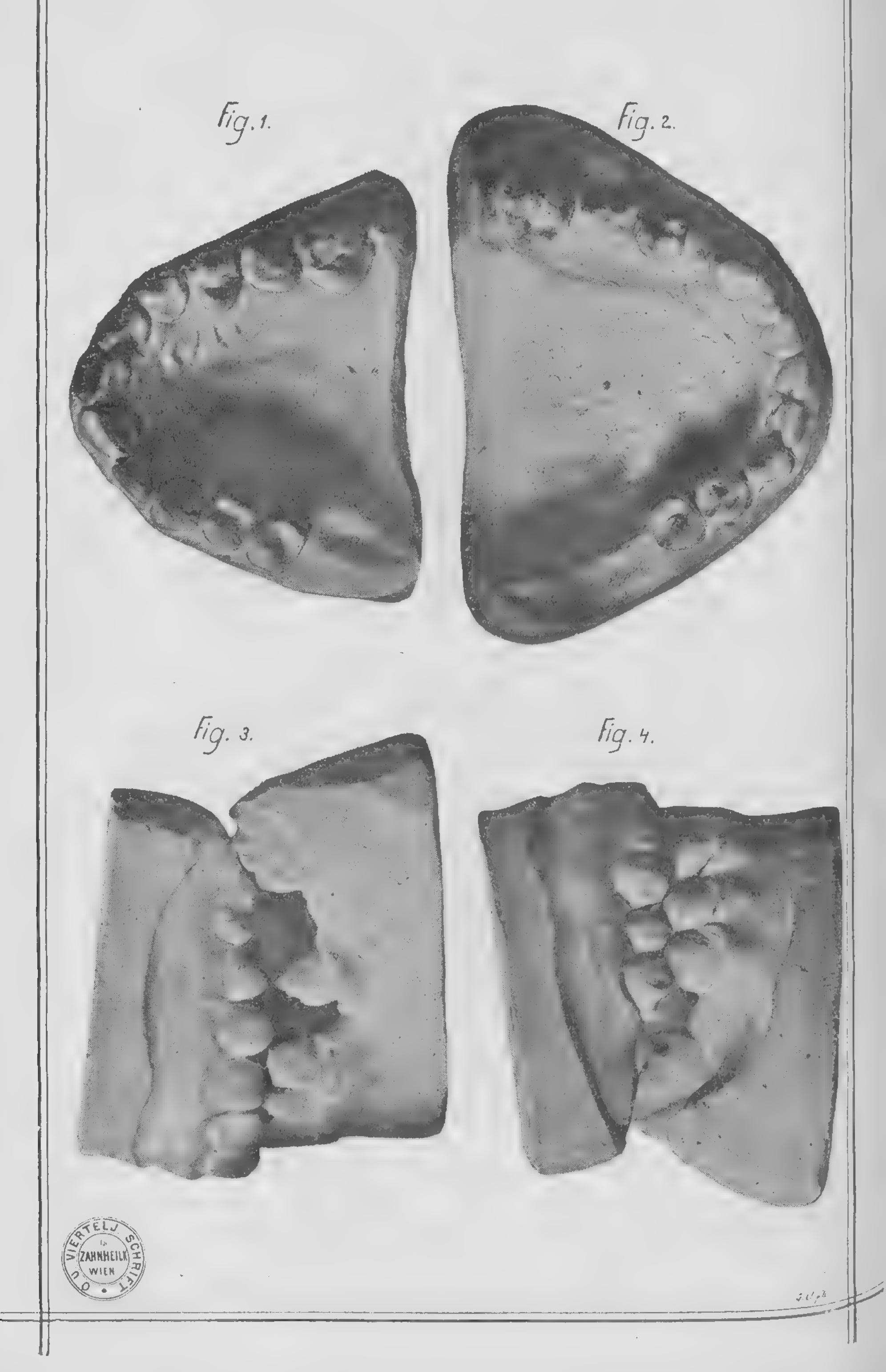
Fig. 2.






G. U. pt.

TAF. XIII.



partisan de la méthode d'extraction symétrique ; il est donc probable que la série de modèles offerte par lui à la Société des dentistes suédois pour illustrer la méthode en question n'a pas été choisie parmi les résultats les moins heureux obtenus par lui.

En me rendant chez les patients en question, je n'avais aucune idée de la manière dont se seraient réalisées les espérances données par les modèles. Je le dis formellement, prévoyant cette objection que ces cas auraient été choisis par moi dans l'intérêt de ma cause.

Quiconque étudiera minutieusement ces modèles verra que le résultat espéré ou attendu de l'opération (la place ménagée aux dents) n'a point été atteint ; et si nous suivons le cas un certain nombre d'années, nous serons même convaincus que le résultat final est tout autre que celui auquel on visait.

Ces modèles montrent que la position des dents de devant et des bicuspides n'a pour ainsi dire point changé, mais que les autres molaires ont assez rapidement accaparé la place des molaires extraites. Les dents se trouvent donc être tout aussi serrées, sinon plus qu'auparavant.

Nos modèles nous prouvent aussi qu'il ne faut point compter sur l'éruption d'une dent dont on n'a pas encore constaté la présence, surtout en ce qui concerne les dents de sagesse.

On entend souvent soutenir la théorie de l'extraction de la molaire par cette raison que vingt-huit dents bonnes valent mieux que trente-deux mauvaises. Cet argument serait certainement irréfutable, si les trente-deux dents devaient inévitablement devenir mauvaises et si les vingt-huit pouvaient se garder bonnes. Mais la description des modèles nous prouve d'abord que les dents restantes sont loin d'atteindre toujours le chiffre vingt-huit et que dans la plupart des cas elles ne peuvent être appelées bonnes.

Les partisans de la méthode d'extraction eux-mêmes sont obligés de reconnaître, au moins indirectement, combien elle est douteuse.

Si l'on étudie avec soin les cas exposés par ces auteurs pour démontrer l'excellence de la méthode, on verra qu'ils présentent à différents degrés toutes les défectuosités dont nous avons parlé plus haut.

Les expressions mêmes du Dr Sternfeld, un des admirateurs les plus enthousiastes de la méthode, me fournissent un exemple caractéristique [1].

« Après avoir entrepris : 1° l'extraction symétrique de la première molaire ; 2° l'expansion de la mâchoire ; 3° à plusieurs reprises limé les faces proximales des bicuspides, puis par l'obturation des cavités interstitielles et la séparation de ces dents essayé de les conserver, il dut à plusieurs reprises faire de la place par le limage pour conserver les bicuspides malades à leurs faces proximales au moyen de l'obturation et de la séparation.

» Et comme tout cela n'était pas encore suffisant, il ajoute qu'il était à tous les points de vue nécessaire d'extraire la deuxième bicuspide de chaque côté. »

Nous ne pourrions en vérité souhaiter un meilleur plaidoyer des conséquences de la méthode.

L'extraction de la première molaire est conseillée même pour le traitement du prognathisme de la mâchoire supérieure.

« *Similia similibus curantur* », c'est là un principe en homéopathie, mais dans le domaine de la chirurgie, appliquer en cas de prognathisme un traitement propre à le produire nous paraîtrait plus qu'étrange. Il me semble qu'il convient plutôt, dans de tels cas, de chercher à surélever l'articulation des mâchoires.

Si dans le cas d'atrésie de la mâchoire (conséquence ordinaire de l'extraction) une opération paraît être nécessaire, ne vaut-il pas mieux sacrifier deux des bicuspides. On forcera ainsi les dents de devant à se rejeter en arrière, et l'on aura conservé celles qui avant toutes les autres contribuent à maintenir l'articulation des mâchoires.

Le Dr Ottolengui dit dans un article sur ce sujet :

« Remarquons comment les deuxièmes molaires ont complètement

---

1. Description de la fig. 67. Comparer aussi la description de la fig. 57.

pris la place des premières molaires extraites. J'aimerais à entendre les raisons de ceux qui avancent que l'extraction a eu des avantages, car pour ma part, je ne peux trouver ni raisons ni excuses à cette méthode. »

Ne pouvons-nous conclure de tout ceci que l'espoir de « gagner de la place » par l'extraction des premières molaires n'est qu'une illusion? J'ai déjà démontré le peu de justesse de cette opinion que la première molaire serait beaucoup plus accessible à la carie que la deuxième molaire et que pour cette raison la première devrait être extraite dans l'intérêt de la seconde.

*Ainsi se trouvent réfutées les principales raisons données en faveur de l'extraction symétrique.*

Je suis loin pourtant de vouloir prétendre que la première molaire ne doit jamais être extraite.

Il est presque impossible de formuler des règles générales. Étudions soigneusement le cas à traiter, portons notre diagnostic et instituons ensuite le traitement.

De même que les autres dents, la première molaire doit être extraite dès qu'elle est trop endommagée pour être sauvée soit par le plombage, soit par l'application d'une couronne d'or, surtout si la carie a devancé le développement complet des racines.

Inutile de faire remarquer qu'il y a une grande différence entre recommander la méthode d'extraction comme « une mesure prophylactique de premier ordre » ou l'appliquer comme mesure d'urgence et sous toutes réserves relativement aux suites.

Loin de moi la prétention d'avoir par cette simple étude résolu la question de l'extraction symétrique. Mais devant l'opinion assez répandue que la première molaire est le plus dangereux ennemi de la bouche de l'homme et devant l'enthousiasme qu'excite son extraction, j'ai voulu seulement, d'après la règle: « *audiatur et altera pars* », exprimer mon avis sur la haute importance du maintien de cette dent et démontrer que les raisons ordinairement mises en avant pour justifier cette extraction ne sont point fondées.

La fréquence de la carie de la première molaire ne dépend point d'une force de résistance moindre, mais simplement de ce que cette dent est exposée à de plus dures épreuves que toutes les autres.

Nous devons donc, tant à l'égard de la première molaire qu'à l'égard des autres dents de l'enfant, généralement si vite atteintes par la carie, nous éfforcer de découvrir les causes du mal pour les combattre par tous les moyens possibles.

Nous y arriverons, non point en essayant de forcer la nature, mais en éclairant nos patients et le public en général sur la haute importance de l'hygiène de la bouche, car c'est surtout l'ignorance profonde des parents et des éducateurs de la jeunesse sur les soins que réclament les dents, l'importance de la première molaire et sa qualité de dent permanente, qui occasionne les désordres auxquels il est si difficile de remédier plus tard. En préconisant à tort et à travers la valeur imaginaire de l'extraction symétrique de la première molaire, nous donnons aux parents une fausse idée de l'importance de cette dent et nous nous rendons complices de négligences qui deviendront fatales pour l'enfant dans l'avenir.

## Description des modèles.

Pl. I, *fig. 1*. Seconde dentition chez un enfant de dix à onze ans environ.

*Fig. 2*. La même un peu plus tard, onze à douze ans environ.

Pl. II, *fig. 1*. Dentition à douze ans environ.

*Fig. 2*. Articulation normale (après la dentition complète). Les mouvements de la mastication ont produit l'usure assez sensible des surfaces. La courbe horizontale est cependant assez prononcée.

Pl. III. Dans ce tableau et les suivants série de cas d'extraction symétrique de la première molaire.

I^er^ cas. M^lle^ E. L., treize ans.

*Fig. 1.* Dents très serrées à la mâchoire supérieure. Les deux premières molaires ont été extraites peu de temps après la prise de l'empreinte.

*Fig. 2.* A la mâchoire inférieure la première molaire du côté gauche a déjà été extraite ; les deux bicuspides de ce même côté et la deuxième à droite manquent encore.

*Fig. 3.* Articulation assez mauvaise surtout du côté gauche.

PL. IV. État de la bouche six mois plus tard.

A la mâchoire supérieure (*fig. 1*) la première bicuspide s'est rejetée en arrière d'un millimètre à peine, mesure qui nous indique par conséquent le peu de place gagnée par l'extraction. Les deuxièmes molaires au contraire sont projetées en avant à tel point qu'à deux millimètres près elles ont complètement pris la place des premières molaires. La position des autres dents n'a point changé.

*Fig. 2.* Les conditions de la mâchoire inférieure n'ont pour ainsi dire point changé au côté droit. La deuxième molaire a paru et s'est portée un peu en avant.

Du côté gauche la première bicuspide a percé, mais a tourné sur elle-même autour de son axe longitudinal de telle sorte que sa surface buccale est tournée vers la canine dont elle touche la face distale. La deuxième molaire s'incline du côté médian et lingual à tel point que, lors du rapprochement des mâchoires, elle n'est en contact avec la deuxième molaire de la mâchoire supérieure que par le tubercule distal et jugal.

L'articulation est par suite assez mauvaise.

PL. V, IIe cas. Mlle G. B., treize ans.

*Fig. 1.* Mâchoire supérieure un peu en forme de selle, dents intactes à l'exception de la première molaire légèrement « en gâteau de miel ». Cette dernière circonstance a sans doute motivé l'extraction.

*Fig. 2.* A la mâchoire inférieure les dents de devant sont serrées et un peu de travers. La deuxième bicuspide du côté gauche s'incline du côté lingual.

*Fig. 3, 4.* État de la bouche trois ans plus tard. A la mâchoire supérieure les dents de devant et les bicuspides ont insensiblement changé de position (tout à fait comme dans le cas précédent).

Les deuxièmes molaires au contraire ont complètement pris la place des premières molaires (léger mouvement de rotation). L'état de la mâchoire paraît donc en quelque sorte amélioré ; une mensuration très précise prouve cependant que la largeur de la mâchoire entre les deux bicuspides n'a point changé.

*Fig. 4.* A la mâchoire inférieure, l'irrégularité des dents s'est modifiée du côté gauche, où la deuxième bicuspide a pris place dans l'arc après rotation d'environ un quart de cercle.

La deuxième molaire s'est portée si en avant qu'elle touche la surface linguo-distale de la deuxième biscuspide. Du côté droit il s'en faut de deux millimètres que la deuxième molaire ait pris complètement la place de la première molaire.

Pl. VI, IIIe cas. Mlle S. B., sœur de Mlle G. B. (2e cas), douze ans.

*Fig. 1.* Les dents de la mâchoire supérieure sont assez serrées. Les premières molaires permanentes présentent des cavités centrales de grandeur moyenne.

A la mâchoire inférieure (*fig. 2*) les premières molaires étaient assez cariées, mais auraient pu être sauvées. Ces quatre premières molaires furent cependant extraites.

*Fig. 3, 4, 5.* État de la bouche deux mois et une semaine plus tard.

Les deuxièmes molaires de la mâchoire supérieure ont paru.

A la mâchoire inférieure au contraire, aucune dent ne se présente en arrière de la première bicuspide du côté droit.

Du côté gauche, les tubercules de la deuxième molaire sont plus apparents que sur le modèle précédent. L'articulation et la valeur masticatoire sont par suite très peu satisfaisantes.

*Fig. 6, 7.* Environ un an plus tard que les *fig. 1, et 2.* A la

mâchoire supérieure, les deuxièmes molaires se sont portées un peu plus loin en avant et ont commencé leur mouvement de rotation.

A la mâchoire inférieure, les bicuspides permanentes et les deuxièmes molaires ont percé. De grands interstices se présentent encore entre les deux bicuspides du côté droit de même qu'entre les deuxièmes bicuspides et les deuxièmes molaires du côté gauche. La mastication continue à être mauvaise par suite de l'articulation incomplète.

*Fig. 8.* Empreintes prises onze ans et demi plus tard que les *fig. 1 et 2.*

A la mâchoire supérieure, la position des dents de devant s'est insensiblement améliorée ; les deuxièmes molaires ont pris la place des premières molaires (léger mouvement de rotation) et les dents de sagesse ont pris la place des deuxièmes molaires. Toutes les dents sont particulièrement serrées. Il est presque impossible d'introduire entre elles un mince fil de soie. Si, sur la *fig. 8*, nous tirons une ligne en travers de la mâchoire supérieure immédiatement en avant des surfaces médianes des dents de sagesse et si, sur la *fig. 1*, nous tirons une ligne correspondante immédiatement en arrière des surfaces distales des premières molaires, nous pouvons, en mesurant, constater que la mâchoire supérieure, en avant des dites lignes, est absolument de même dimension sur la *fig. 1* que sur la *fig. 8.* Les deuxièmes molaires étant sensiblement moindres que les premières molaires extraites (dont elles ont pris la place) et les dents de sagesse elles-mêmes moindres que les deuxièmes molaires, le patient se trouve avoir, à l'âge de trente-trois ans et demi, et par suite de l'extraction prématurée des premières molaires, une mâchoire supérieure moindre que celle qu'il aurait eue à l'âge de treize à quatorze ans si les premières molaires n'eussent point été extraites.

*Fig. 9.* La mâchoire inférieure présente des vides entre les deux bicuspides du côté droit et entre les deuxièmes bicuspides et la première molaire du côté gauche. Cette dernière dent est sensiblement inclinée en avant.

*Fig. 10.* L'articulation continue à être peu satisfaisante, surtout si on la considère du côté intérieur.

Pl. VII, IV^e cas, *fig. 1, 2, 3.* M^lle Elsa B., sœur des deux sujets précédents. Ce cas offrant beaucoup d'analogie avec les deux précédents, nous ne montrons ici que le résultat obtenu vingt ans après l'extraction de la première molaire. Ce résultat est le meilleur qu'ait donné l'opération en question. Nous trouvons cependant que le but poursuivi, « la place ménagée aux dents restantes » n'a point été atteint. Les dents sont extrêmement serrées ; il est très difficile de leur appliquer la digue, toutes leurs faces proximales portent de grosses obturations, bien que les dents soient de dureté normale. La courbe horizontale est devenue une ligne presque droite. L'articulation, considérée du côté extérieur, paraît assez satisfaisante, mais examinée du côté intérieur, elle semble laisser beaucoup à désirer.

Pl. VIII, V^e cas. M^lle E. R., quatorze ans.

A la mâchoire supérieure (*fig. 1*) les premières molaires ont été extraites (probablement depuis deux ans environ). Les deuxièmes molaires ont presque entièrement accaparé leur place en tournant sensiblement sur elles-mêmes.

A la mâchoire inférieure (*fig. 2*) les premières molaires sont restées. La première bicuspide gauche se trouve un peu en dehors de l'arc.

Pl. IX. Même cas quatorze ans plus tard.

A la mâchoire supérieure (*fig. 1*) la dent de sagesse a percé du côté droit, tandis qu'elle manque encore du côté gauche.

A la mâchoire inférieure (*fig. 2*) les deux premières molaires ont été extraites. Du côté gauche la bicuspide a paru dans la ligne de l'arcade. La deuxième molaire a pris la place de la première molaire. La dent de sagesse, par suite de l'absence de la dent correspondante de la mâchoire supérieure, s'est allongée à tel point qu'elle atteint la gencive derrière la deuxième molaire supérieure. Du côté droit, l'articulation des dents de la mâchoire supérieure a empêché la deuxième molaire de prendre la place de la première mo-

laire. Elle est tellement inclinée en avant qu'elle rencontre la mâchoire supérieure non point avec sa surface masticatrice, mais avec sa surface buccale.

Pl. X, VIe cas. Mlle A. S., quatorze ans.

*Fig. 1.* A la mâchoire supérieure, les dents sont très serrées. Du côté droit la première molaire est saine, tandis que du côté gauche elle est assez cariée.

A la mâchoire inférieure (*fig.* 2) la première molaire du côté droit a été extraite de si bonne heure que la deuxième molaire a déjà complètement pris sa place. Du côté gauche, la première molaire est gravement cariée. Ces trois premières molaires ont été extraites ensuite (févr. 1888).

*Fig. 3, 4.* Résultat de cette opération quinze mois et demi plus tard. La position des dents de devant s'est un peu améliorée et le cas paraît promettre un bon résultat.

Pl. XI, *fig. 1, 2, 3.* Même cas treize ans plus tard.

A la mâchoire supérieure, les dents de devant restent à peu près aussi serrées que sur le modèle précédent (*Pl. X, fig. 3*). Les deuxièmes molaires ont pris complètement la place des premières molaires. La deuxième molaire du côté droit a tourné sensiblement sur elle-même. Les dents de sagesse ont percé, mais en raison de l'absence des dents correspondantes à la mâchoire inférieure, elles se sont fortement inclinées du côté buccal. Celle du côté droit, par exemple, atteint avec ses tubercules linguaux la dent de sagesse inférieure qui n'est encore que partiellement sortie de la gencive.

Les dents sont excessivement serrées et obturées sur toutes leurs faces approximales.

A la mâchoire inférieure (*fig.* 2), conditions encore plus déplorables. Du côté droit la dent de sagesse comme ci-dessus est si peu sortie qu'un seul tubercule dépasse la gencive. Du côté gauche, ni la deuxième bicuspide, ni la dent de sagesse n'ont percé.

L'articulation et par suite la mastication sont très mauvaises. Les dents de devant de la mâchoire inférieure frappent la muqueuse du palais. Ce cas nous montre de nouveau

combien on doit peu présumer du résultat final d'après les modèles pris peu de temps après l'opération. Il nous prouve aussi que nous ne pouvons jamais compter sur le percement d'une dent tant que nous n'avons pas constaté sa présence, surtout en ce qui concerne les troisièmes molaires.

Pl. XII, VII$^{e}$ cas. M$^{lle}$ H. B., seize ans et demi.

Mâchoire supérieure (*fig. 1*) un peu en forme de selle.

Dents très serrées. Les « premières » (deuxièmes ?) molaires qui étaient assez cariées ont été extraites.

A la mâchoire inférieure (*fig. 2*) les premières molaires ont évidemment été extraites de bonne heure. La première bicuspide du côté gauche manque.

Pl. XIII. Même cas, treize ans huit mois plus tard. Les dents de devant sont tout aussi pressées qu'elles l'étaient. La position des bicuspides n'a point changé non plus. La deuxième bicuspide du côté gauche a seulement un peu tourné sur elle-même. Aucune place n'a donc été gagnée par l'opération. Du côté gauche la « deuxième » (troisième?) molaire a pris la place de la première avec un léger mouvement de rotation, de sorte qu'elle est en contact avec la surface distale linguale de la deuxième bicuspide. Aucune molaire du côté droit.

Les conditions de la mâchoire inférieure sont encore plus fâcheuses (*fig. 2*). La première bicuspide du côté gauche continue à manquer. La deuxième s'est portée en avant avec rotation, de sorte que sa face buccale est tournée.

La deuxième molaire manque. La dent de sagesse a paru, mais n'est d'aucun secours puisque la dent correspondante de la mâchoire supérieure manque. Les molaires du côté droit manquent comme celles de la mâchoire inférieure. La mastication ne peut se faire que par les dents de devant et les bicuspides du côté droit.

Dans ce cas, il est probable que l'opérateur a pris les deuxièmes molaires pour les premières molaires ou les a extraites dans l'attente que les dents de sagesse viendraient les remplacer. Or, nous avons vu cet espoir souvent déçu.

## INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

1. Fox et Harris, *Maladies des dents humaines*. Philadelphie, 1846.

2. J. Paterson Clark, *L'Odontalgiste ou moyen de conserver les dents*. Londres, 1854.

3 Alf. Sternfeld, *De l'extraction précoce de la molaire de 6 ans*. Vienne, 1900.

4. Andrieu, *Monographie de la dent de 6 ans*.

5. C. Röse, *Le système dentaire des vertèbres; résultats de l'anatomie et de l'histoire du développement*, vol. IV, 1894.

6. C. N. Johnson, *Le traitement des dents des enfants. Dental Cosmos*, 1899.

7. Fenchel, *L'hygiène comme prophylaxie de la carie. Zahnärzt Wochenblatt*, VII^e année.

8. Fenchel, *Développement et dégénérescence des tissus durs dans le règne animal*. Hambourg, 1893.

9. Fenchel, *Le traitement des dents des enfants des écoles communales. Deutsche Monatsschrift f. Zahnheilk*, 1884.

10. Fenchel, *Influence de l'hérédité des qualités acquises sur le maxillaire humain. Deutsche Monatsschrift f. Zahnheilk*, 1895.

11. Fenchel. *Fréquence de la carie des dents des enfants de Hambourg. Corresp. Blatt. f. Zahn*, 1893-1895.

12. Fenchel, *Rapport sur les travaux faits en hygiène dentaire populaire en Allemagne. Wiener Zahnärzt. Monats.*, 1899.

13. C. Röse, *Proportion de maladie des diverses dents du maxillaire de l'homme. Oesterr-Ung. Viertelj. f. Zahn.*, 1896.

14. C. Röse, *La carie des hommes à la disposition en Bavière*. Vienne, 1896.

15. Greve, *La justification de l'extraction précoce de la molaire de 6 ans. Deutsche Monatsschrift f. Zahneilk.*, 1896.

16. Davenport, *Importance de la forme naturelle et de la disposition des arcades dentaires de l'homme. Dental Cosmos*, juillet, 1881.

17. Davenport, *Utilité de l'extraction de la molaire de 6 ans. Journal of the British Dental Ass.*, 1892.

18. Bogue, *Résultats de l'extraction des dents permanentes.*

19. Underwood, *Communication à la Société d'Odontologie de New-York. Dental Cosmos*, sept. 1887.

20. Snow, *La philosophie de la mastication. Dental Cosmos*, 1900.

21. Förberg, *La carie et l'inspection des dents des enfants des écoles. Journal des Sociétés des Dentistes Scandinaves 1896, et compte rendu de la Société des Dentistes Suédois 1897*, volume I.

22. Förberg, *Quelle influence exercent les aliments et l'eau potable sur le développement et la conservation des dents? Journal des Sociétés des Dentistes Scandinaves et compte rendu de la Société des Dentistes Suédois 1899*, volume III.

23. Förberg, *Étude sur les dents des enfants dans les écoles de Suède. Commun. au 3^e Cong. dent. internat.* Paris, 1900.

24. MITCHELL, *L'extraction des premières molaires permanentes, opération conservatrice bienfaisante. Dental Cosmos*, 1899.

25, 26 et 27. *Discussion sur l'utilité de l'extraction de la dent de 6 ans. Dental Cosmos*, mai 1874 et 1887; *Journal of the Brit. Dent. Asso.*, sept. 1892.

28. BERTEN, *L'ordre chronologique de l'éruption des dents permanentes. Deutsche Monats. f. Zahn.*, 1895.

29. OTTOLENGUI, *L'extraction et le retard opposés à l'expansion et à l'intervention précoce dans le traitement du prognathisme. Dental Cosmos*, 1899.

30. JOHN TOMES, *Conférences sur la physiologie et la chirurgie dentaires*, 1848.

31. LINDERER, *La dentisterie d'après son nouveau point de vue*, 1851.

32. PARREIDT, *Communications dentaires puisées à la polyclinique chirurgicale de l'Université. Leipzig*, 1882.

33. BERTEN, *Fréquence et causes de la carie chez les enfants des écoles d'après des recherches statistiques. Comptes rendus de la Société de physique médicale de Würzbourg*, année 1894, n° 9.

34. PORT, *La carie dentaire au commencement de la 20e année d'après des statistiques sur les soldats. Deutsche Monats. f. Zahnheil.*, oct. 1895.

## Orthopédie dento-faciale.

Par Calvin S. Case, de Chicago.

*(Communication au 3e Congrès dentaire international, Paris 1900.)*

*(Suite*[1]*.)*

### *Classe 4.*

On prend souvent pour du prognathisme supérieur le retrait des dents inférieures. Il en est surtout ainsi quand les dents seules ou des modèles de celles-ci sont considérées sans égard pour la physionomie. Les incisives supérieures sont souvent bien en avant des inférieures et reposent sur la lèvre inférieure ou en avant de celle-ci, qui, au repos, retombe sur les incisives inférieures ou est courbée en avant et au-dessous des supérieures, en laissant une dépression profonde et désagréable entre la lèvre et le menton.

Ces cas se distinguent aisément en comparant la position relative des lèvres et de la portion supportée par les dents antérieures et le procès par rapport aux traits modifiables de la physionomie.

Si le menton est dans une position convenable par rapport à la lèvre inférieure et aux dents inférieures en retrait, l'opération du saut de l'articulation doit être examinée sérieusement.

Dans tous les cas de la classe 4 que j'ai observés les incisives, surtout aux bords d'occlusion, avançaient plus ou moins, sans aucun doute, à cause de l'action de la lèvre inférieure. Quand cet avancement est accentué, il devient la classe 7. Il ne faut pas oublier que tous les cas

1. V. *L'Odontologie* du 28 février 1902.



Fig. 10.



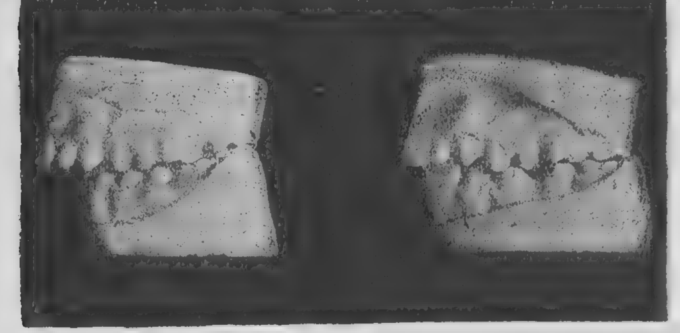


Fig. 11. — Doris à 13 et 14 ans.

existent avec des gradations depuis le retrait total des inférieures sans prognathisme des supérieures jusqu'au prognathisme complet des supérieures sans retrait des inférieures.

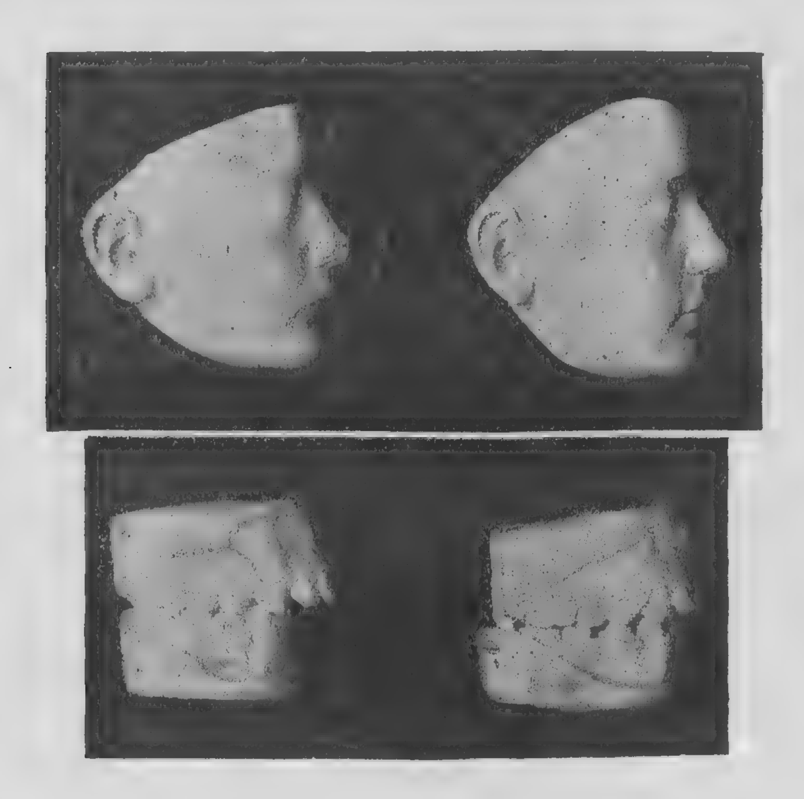


Fig. 12. — Jeanne à 14 et 16 ans.

En examinant presque chaque irrégularité pour le traitement, on ne saurait négliger l'importance d'une étude soigneuse et intelligente de la physionomie dans ses différentes phases d'action et de repos. Et il en est particulièrement ainsi de ces catégories d'imperfections faciales qui produisent un fâcheux effet.

Les fig. 11 et 12 représentent divers types de la classe 4 dans lesquels les lèvres et les dents du haut n'avançaient que légèrement, tandis que le maxillaire inférieur et le menton avaient une position parfaite. Remarquer cependant le rap-

port des dents supérieures et inférieures et les résultats obtenus, principalement en avançant notablement les incisives.

*Classe 5.*

Les prognathismes du haut dans lesquels les racines et les procès environnants avancent ainsi diffèrent dans le traitement si essentiellement de la classe 3 que je les ai placés dans des classes séparées.



Fig. 13.

Dans ces cas la totalité de la lèvre supérieure, y compris latéralement les dépressions naso-labiales et souvent la portion inférieure du nez, avance et exige pour être corrigée parfaitement un appareil spécialement destiné à reculer les racines.

La fig. 14 représente les modèles de M^lle^ V... à 13, 14 et 16 ans, le premier avant traitement, le deuxième après recul des couronnes par l'application de la force à la manière ordinaire à la ligne gingivale, le troisième après recul des racines par l'appareil les entourant.

Cet appareil et ceux représentés sur les modèles que je

vous soumets ont été si fréquemment décrits dans les jour-



Fig. 14. — Modèles de Mlle V... à 13 et 14 ans.

naux et les traités qu'il me suffira de les mentionner ici.

*Classe 6.*

Un des types les plus communs d'irrégularités dento-faciales est celui dans lequel les dents antérieures du haut sont notablement en arrière d'une position typique et sont souvent engagées dans l'occlusion en arrière des incisives avec un retrait de la lèvre supérieure entière dans ses rapports avec la lèvre inférieure et d'autres traits de la physionomie.

Plus souvent qu'ailleurs dans ces cas l'extrémité du nez supportée par le cartilage nasal et le procès maxillaire est



Fig. 15.

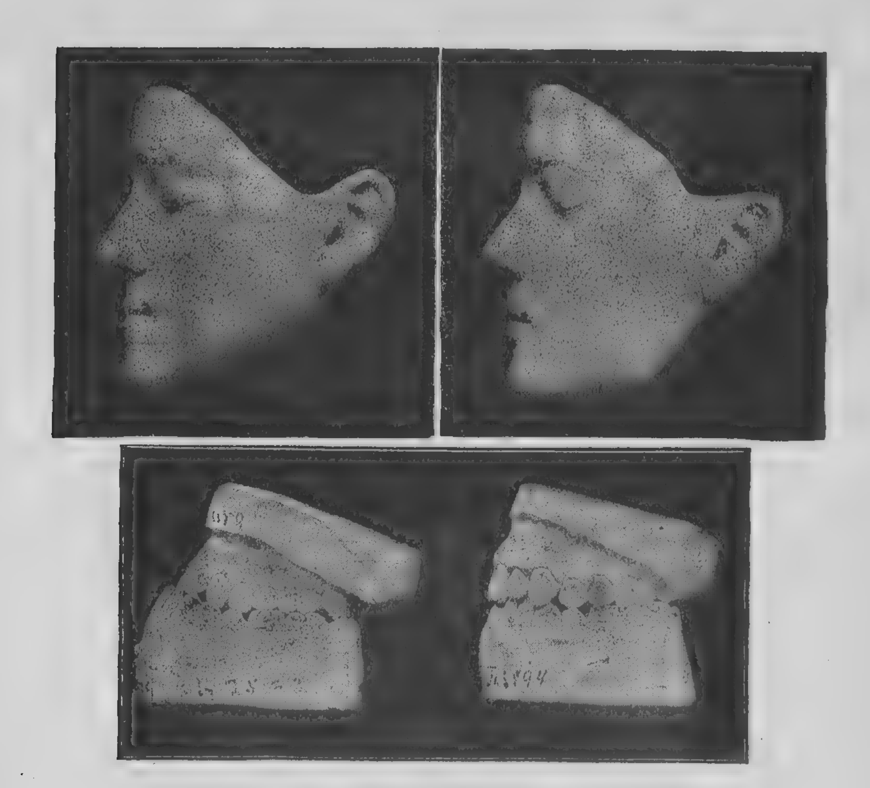


Fig. 16. — Grâce à 14 et 15 ans.

Fig. 17. — Elise à 13 ans et à 15 ans, avec un type différent, présentant un plus grand retrait originaire de la lèvre supérieure et de la portion inférieure du nez, approfondissant les lignes naso-labiales et produisant l'aspect d'une maturité marquée. (*Plâtre* 6.)



Fig. 18. — Ruby à 14 et 15 ans.

également en retrait, approfondissant les lignes naso-labiales et donnant une expression de maturité avancée. Ces cas produisent souvent l'effet d'un maxillaire inférieur prognathe.

J'ai constaté trois types distincts de cette difformité, dont chacun semble concorder avec la cause qui la produit :

1° Par hérédité le maxillaire supérieur entier et les dents

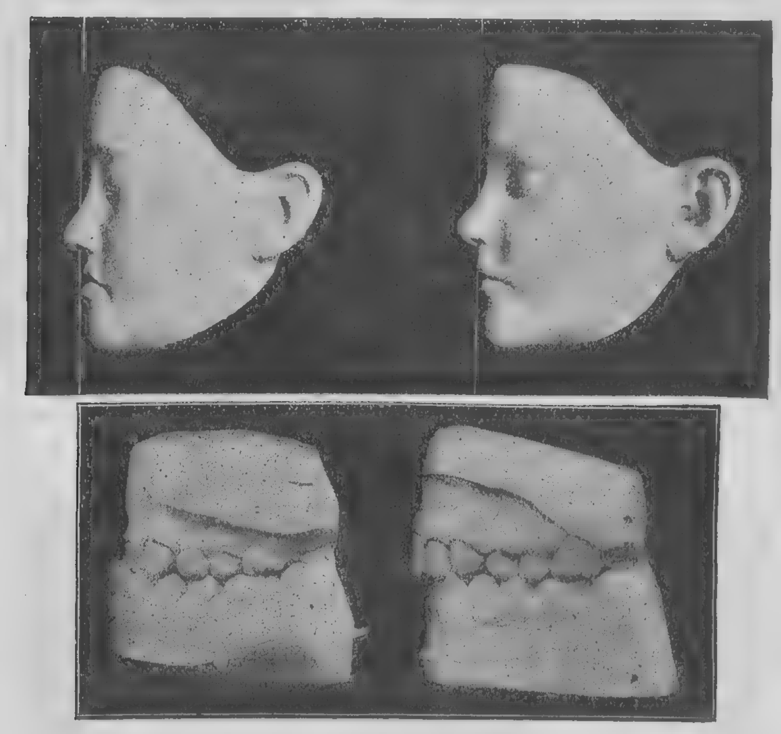


Fig. 19. — Phœbé à 13 et 14 ans.

supérieures sont en arrière d'une position relativement normale. Les dents ne sont pas irrégulières d'ordinaire, et sont parfaitement alignées (fig. 16);

2° Par une maladie des sinus naso-maxillaires, empêchant le développement complet du maxillaire supérieur entier avec une arcade dentaire contracté et en retrait autour d'un dôme élevé et étroit. Si le patient respire par la bouche, comme c'est le cas d'ordinaire, il y aura une occlusion avec articulation ouverte, l'ensemble produisant un aspect facial

très fâcheux, surtout si, comme dans le cas que j'ai choisi pour exemple de ce type, les dents inférieures avancent, ce qui exige pour le traitement l'extraction des premières bicuspides inférieures et le retrait des dents antérieures (fig. 18);

3° Par une occlusion inexacte les incisives supérieures s'engrènent de bonne heure avec les inférieures, empêchant la croissance et le développement du procès intermaxillaire. Cela peut résulter de l'extraction prématurée des cuspides décidues pour permettre aux latérales permanentes de faire éruption, ou de l'extraction inopportune des latérales permanentes ou des premières bicuspides pour permettre aux cuspides de faire éruption (fig. 19).

Cela se voit nettement dans les dents d'un autre patient (fig. 21). Le premier dessin représente la position originaire des dents; le deuxième le résultat de l'avancement des dents antérieures par les méthodes ordinaires, le troisième le résultat de l'avancement des racines et des couronnes à l'aide de l'appareil à faire le contour.

### *Classe 7* (fig. 22).

En même temps qu'un prognathisme supérieur, si les dents sont reculées, la difformité sera augmentée proportionnellement.

Le caractère du prognathisme supérieur et de sa correction est le même que celui de la classe 3, tandis que celui du retrait inférieur est le même que celui de la classe 4.

Pour corriger tous les cas de malposition inverse des dents supérieures et inférieures, on peut s'aider efficacement de l'action réciproque des bandes de caoutchouc s'étendant de l'une à l'autre. Le moyen de fixation et d'action de ce principe a été décrit dans ma communication au Congrès de 1893.

On peut voir que trois dents furent extraites parmi les supérieures dans ce cas, savoir les premières bicuspides et une dent latérale surnuméraire, dont les espaces étaient entièrement comblés. Les incisives inférieures qui occupaient



Fig. 20. — Vue palatale des dents du haut, montrant comment les incisives et le bord intermaxillaire entier ont été amenés en avant en entier.

Fig. 21. — Dents de Nelly à 14, 15 et 16 ans.

une position en retrait, furent poussées en avant en entier



Fig. 22.

et maintenues aisément dans cette position en corrigeant l'alignement et l'occlusion des dents autrement irrégulières.

*Classe 8.*

De même qu'une difformité causée par un prognathisme supérieur est aggravée par un retrait co-existant des dents inférieures et peut-être de tout le maxillaire inférieur, de même une difformité causée par un retrait supérieur est augmentée par un prognathisme inférieur, et l'inverse n'est pas rare non plus (fig. 24).

L'inexactitude des rapports du haut et du bas était si marquée dans ce cas au commencement de l'opération que le Dr Butler, de Cleveland, qui se trouvait alors dans mon cabinet, soutint que la jeune fille avançait contre nature le maxillaire inférieur dans cette circonstance, mais fut convaincu de son erreur quand je lui demandai d'avancer le maxillaire

Fig. 23. — Arthur à 16 et 18 ans.



Fig. 24.

inférieur. Dans cette dernière position les incisives infé-



Fig. 25. — Jessy à 12 et 15 ans.

rieures étaient amplement 6 mm. en avant des supérieures.

*Classe 9.*

La figure 25 représente un cas de ce genre.

Quand les dents antérieures du haut sont inclinées du côté de la langue avec les racines, le procès alvéolaire et la portion intermaxillaire du maxillaire en avant, tandis que les extrémités incisives des dents sont dans une position relativement convenable ou légèrement en retrait, la partie supérieure de la lèvre supérieure avance avec plus ou moins d'oblitération des dépressions naso-labiales, le tout produisant une expression extrêmement fâcheuse de protubérance semblable à celle des patients souffrant d'un abcès alvéolaire dans cette région et, quand ils parlent ou rient, la lèvre remonte en découvrant désagréablement les dents et les gencives. Ordinairement l'extrémité du nez est repoussée en avant et retroussée par le prognathisme du cartilage nasal.



Fig. 26.



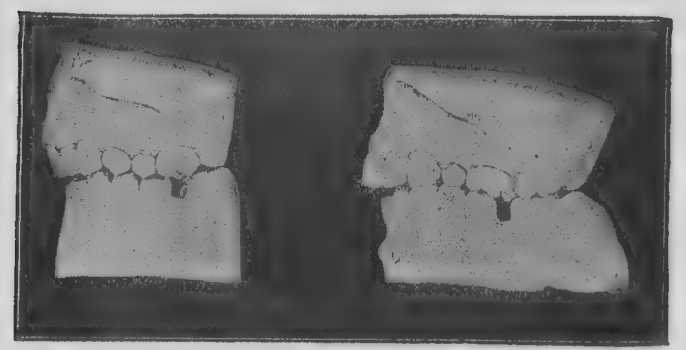


Fig. 27. — Mlle R... à 19 et 21 ans.

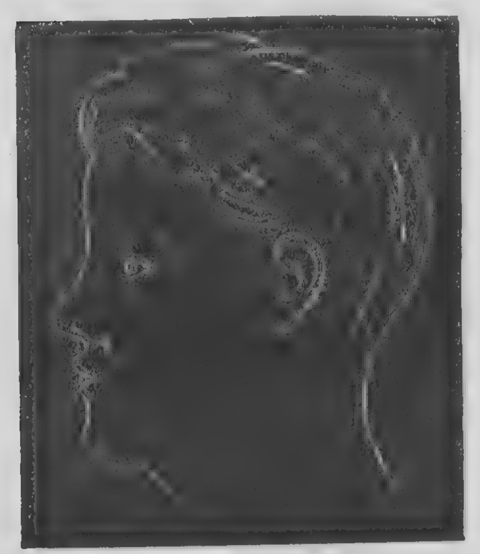


Fig. 28.

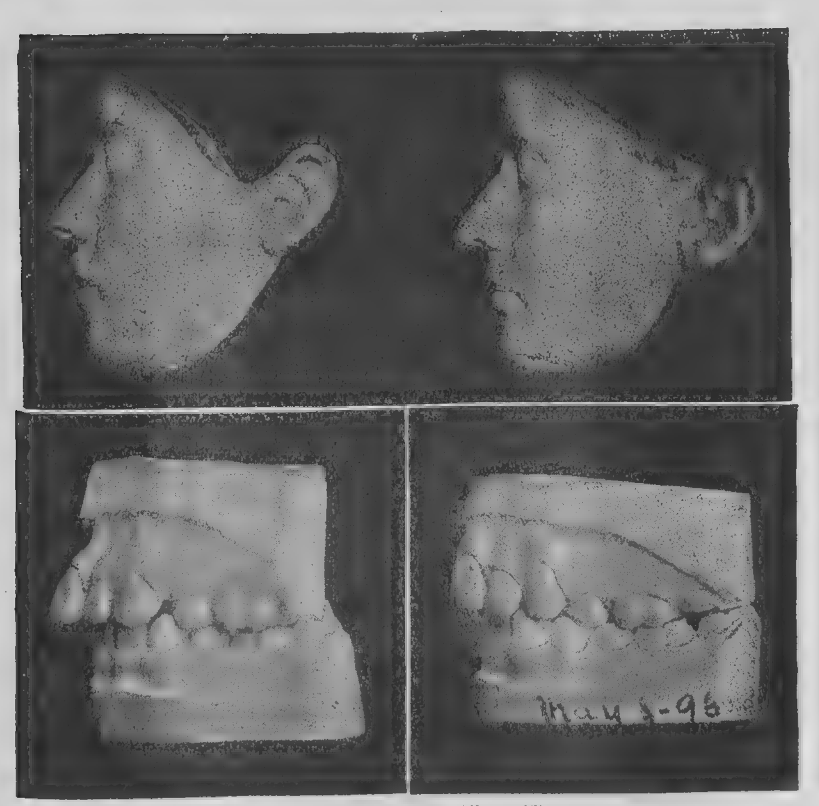


Fig. 29. — Mlle V... à 15 et 17 ans.

Dans le cas que j'ai choisi pour illustrer cette planche (fig. 27) les premières bicuspides furent enlevées de façon à faire de la place pour le retrait des racines des cuspides et des incisives.

Le mouvement des racines des cuspides pendant la jeunesse et surtout le retrait des racines pour les adultes, comme dans le cas ci-dessus, peuvent être obtenus seulement par un appareil construit spécialement à cet effet qui exerce la plus grande force de recul possible sur les racines, tandis que les bords incisifs sont maintenus fermement ou poussés en avant par une barre d'appui indépendante.

### *Classe 10.*

Quand les incisives du haut et quelquefois les cuspides sont inclinées vers les lèvres avec les racines, le procès alvéolaire et la portion intermaxillaire du maxillaire étant en retrait, tandis que les couronnes font plus ou moins saillie, la portion supérieure de la lèvre du haut est en retrait, approfondissant les dépressions naso-labiales de l'un des deux côtés du nez et même reculant le bout de celui-ci, tandis que la partie inférieure de la lèvre du haut, reposant sur les couronnes, avancera en proportion, souvent en découvrant les dents, comme dans le cas d'un prognathisme supérieur.

Si l'ospitognathisme n'est pas marquée dans ces cas, une force appliquée aux bords incisifs des dents reculera les couronnes et avancera suffisamment les racines. Autrement, comme dans le cas ci-dessus, l'appareil de contour pour avancer les couronnes n'applique que le seul principe effectif à employer.

Avant de terminer je vous prie de comparer cinq des cas (fig. 30) choisis comme représentant les types distinctifs des difformités dento-faciales, car mon but est de vous montrer l'impossibilité de diagnostiquer exactement une forte proportion de cas d'irrégularités afin de les traiter par une étude des modèles des dents seules, en d'autres termes par une étude de l'occlusion ou des relations des dents du haut et du bas. On ne peut pas non plus instituer un traitement exact

sans examiner intelligemment et soigneusement, au point de vue artistique, les influences physiques que la position des dents et des os qui les entourent immédiatement exerce sur les contours de la face qui les couvre et sur les rapports esthétiques de cette zone avec les traits immuables de la physionomie.



Fig. 30. — Mlle F..., classe 3. Doris, classe 4. Mlle V..., classe 5. Arthur, classe 7. Mlle V..., classe 10.

On remarquera que les dents de chacun des patients que j'ai placés sous vos yeux, examinées séparément, offrent la caractéristique commune d'un prognathisme supérieur et peuvent avec raison être traitées d'une manière analogue à ce point de vue; et cependant, comme on l'a vu, chaque cas exigeait un traitement qui différait franchement; ce n'est pas la seule comparaison qui puisse être faite.

Cette communication est faite dans la pensée qu'elle éveillera votre intérêt pour l'utilité d'un enseignement spécial

dans le traitement des malpositions dento-faciales et qu'elle pourra conduire finalement à l'établissement d'un système définitif d'études et d'enseignement basé sur les principes physiologiques et artistiques de la comparaison, de telle sorte que dans cette branche de la dentisterie nous puissions être mieux préparés à observer, à diagnostiquer et à traiter plus soigneusement et plus scientifiquement.

# FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE

Le bureau du Conseil exécutif de la Fédération dentaire internationale nous prie d'insérer la lettre suivante adressée à tous les membres de la Fédération.

SECRÉTARIAT GÉNÉRAL
45, rue de La Tour-d'Auvergne
Paris.

Paris, le 27 mars 1902.

Monsieur et très honoré confrère,

Nous avons l'honneur de vous faire connaître, au nom du Conseil exécutif de la Fédération dentaire internationale, que la session de la Fédération à Stockholm en 1902 se tiendra du 15 au 20 août.

Nous avons considéré, en effet, que la session projetée ne peut avoir lieu ni la première ni la deuxième semaine d'août. Si la première semaine était choisie, les dentistes allemands seraient totalement empêchés d'y assister, puisque le Congrès annuel du Central Verein Dudsther Zahnärzte a lieu à Munich le 4 août et plusieurs notabilités nous ont déclaré ne pouvoir se rendre en Suède cette première semaine.

D'autre part, en raison de la proximité de Munich, de l'Autriche et de la Suisse, il est possible que plusieurs dentistes de ces deux pays assistent au Congrès allemand ; ils ne pourront dès lors aller à Stockholm.

Les dentistes anglais, de leur côté, pour se trouver dans cette dernière ville la première semaine d'août, seraient dans l'obligation de quitter leur clientèle avant l'époque normale des vacances, et plusieurs des plus considérables ont déclaré au bureau ne pouvoir être dans cette capitale à cette époque.

D'ailleurs les dentistes français sont dans la même situation que leurs confrères anglais, puisque les vacances ne commencent qu'à la fermeture des écoles, lycées et collèges, c'est-à-dire au commencement d'août.

Mais de plus, si la session de Stockholm s'ouvrait la première semaine d'août, ils seraient astreints à un voyage long et fatiguant, sans arrêt, obligés de prendre part, en France, le 7 août à Montauban, à leur Congrès national, c'est-à-dire à la réunion de la Section d'Odontologie de l'Association française pour l'avancement des sciences, qui se termine le 14.

Plusieurs membres importants de la profession ont fait connaître au bureau que, dans ce cas, ils seraient empêchés d'aller à Stockkolm.

Plusieurs dentistes américains, dont la participation à la Fédéra-

tion a une très haute importance, ont également fait savoir au bureau qu'il leur serait impossible d'arriver dans cette ville avant le 12 août.

De leur côté, nos confrères suédois nous ont fait observer qu'il serait souhaitable que les diverses réunions de Stockholm ne se tinssent guère plus tard que la mi-août. Enfin, il convient de ne pas leur imposer de dérangements trop répétés par des réunions successives.

Aussi prenant en considération les raisons qui précèdent, les organisateurs des diverses réunions américaines en Europe, en particulier l'*American Dental Society of* Europe et *les Dental Advisory Boards* se ralliant à notre proposition viennent-ils de fixer leurs réunions à peu près à la même date que la session de la Fédération.

En conséquence nous nous plaisons à espérer que vous ne manquerez pas d'assister à la session de la Fédération dentaire internationale, du 15 au 20 août, afin qu'elle ait le même succès que sa devancière de 1901 à Londres et à Cambridge.

Une lettre ultérieure donnera les renseignements complémentaires

Veuillez agréer, monsieur et très honoré confrère, l'expression de nos sentiments les plus distingués.

*Le Secrétaire général,*
Dr SAUVEZ.

*Le Président,*
Dr GODON.

22e ANNÉE. N° 8 30 AVRIL 1902 VOL. XXVII




**L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.**

---

## UNE THÈSE SUR LA PROTHÈSE[1]

*L'évolution naturelle du progrès, les modifications apportées dans l'exercice de notre profession ont eu pour conséquence l'apparition d'une prothèse raisonnée, scientifique, basée sur l'observation clinique des faits, qui doit marcher de pair avec la prothèse artistique. La valeur réelle de nos travaux dépend, en effet, des emprunts judicieux que nous faisons à ces deux prothèses, et il est de toute nécessité que les chirurgiens-dentistes mettent leurs connaissances médicales et scientifiques au service de leur habileté et de leur savoir mécanique.*

*La prothèse routinière, confinée dans le laboratoire et confiée entièrement à l'initiative d'un mécanicien éloigné du malade, a fait son temps. Elle doit céder la place à la prothèse moderne, méthodique, expérimentale, qui exige du praticien, non seulement des connaissances étendues, mais encore l'application cons-*

1. *Traitement non sanglant des cicatrices vicieuses*, par le Dr Francisque Martin, de Lyon.

*tante de ses qualités pratiques et qui l'oblige à passer autant de temps au fauteuil clinique qu'au laboratoire.*

*Le traitement non sanglant des cicatrices vicieuses peut servir de type de cette prothèse. En effet, il comporte à la fois des connaissances médicales étendues et des connaissances prothétiques extrêmement complètes. Son application est surtout du domaine clinique et les modifications qu'il fait subir aux tissus cicatriciels requièrent des appareils qui, par les combinaisons dont ils sont susceptibles, tiennent compte de ces modifications. Ces appareils mettent donc principalement à contribution la science et l'ingéniosité du clinicien prothésiste.*

*Aussi est-ce à l'étude du traitement non sanglant des cicatrices vicieuses que le docteur Francisque Martin, fils de notre éminent confrère le Dr Claude Martin, de Lyon, a consacré sa thèse inaugurale de docteur en médecine. Associé aux nombreux travaux de son père, il a voulu terminer ses études médicales par un examen approfondi de la méthode avec laquelle ce dernier a obtenu de si beaux résultats.*

*L'ouvrage est divisé en deux parties: la première, qui comprend 3 chapitres, s'occupe de l'anatomie et de la physiologie du tissu cicatriciel; la deuxième, subdivisée en 2 chapitres, expose les principes de la méthode de Cl. Martin et ses principales applications.*

*Dans le chapitre I l'auteur définit la cicatrice, la cicatrisation et le tissu cicatriciel et fait l'historique de la question, en passant successivement par la phase ancienne et la phase moderne. Dans cette dernière, on distingue trois théories : celle du gluten, celle de la néoplasie ou du tissu de nouvelle formation, qui compte elle-même, pour expliquer l'origine du tissu nouveau, la théorie de Hunter et celle du blastème de Robin, enfin les théories contemporaines.*

*Le chapitre II, subdivisé en 3 parties, traite de la cicatrice normale, de son anatomie et de sa physiologie.*

*Dans la première partie* (genèse de la cicatrice) *l'auteur examine la cicatrisation par première intention ; dans la deuxième, la cicatrisation par seconde intention ; dans la troisième, l'organisation fibreuse de la cicatrice adulte, le tissu inodulaire, et il passe ensuite aux propriétés des tissus cicatriciels.*

*Le chapitre III* (des cicatrices vicieuses) *a trait à l'étude clinique et au traitement. Dans la première le Dr F. Martin s'attache aux troubles et déformations dus aux cicatrices vicieuses. Il expose les traitements prophylactiques et les traitements curatifs par des méthodes non sanglantes déjà employées, c'est-à-dire les applications médicamenteuses et les moyens mécaniques, tels que douches, bains, gymnastique, compression, scarifications, etc. Enfin il signale la méthode adoptée récemment par Gersuny, de Vienne, pour le traitement des cicatrices déprimées, qui consiste en injections de vaseline liquide dans le tissu cellulaire placé sous la cicatrice. Cette substance non résorbée a le pouvoir de relever les tissus cicatriciels au niveau de la surface de la peau voisine. En faisant abstraction de cette dernière méthode, qui n'est que d'un usage restreint, les moyens employés jusqu'ici n'ont donné que de médiocres résultats, et les procédés chirurgicaux ont constitué le traitement de choix.*

*Dans la deuxième partie du volume l'auteur aborde les principes de la méthode de Claude Martin, dont il fait l'exposé et dont il indique les applications. C'est là, d'après M. Martin, une méthode générale dont sont justiciables toutes les difformités d'origine cicatricielle et dont les bases essentielles de traitement sont le massage fréquent et la pression continue exercée sur le tissu inodulaire. Le tissu cicatriciel devenu adulte perd, en effet, non seulement sa rétractilité première, mais peut aussi être modifié dans ses qualités physiologiques sous l'influence de divers agents, et plus spécialement à l'aide de tractions et de pressions lentes*

*et continues. Un principe fondamental domine donc cette méthode : il consiste uniquement à exercer sur le tissu cicatriciel une action lente et continue, qui le sollicite dans un sens exactement opposé à celui dans lequel agit sa rétractilité et qui soit capable de défaire ce qu'a fait cette force rétractile.*

*Les moyens mécaniques permettant d'appliquer ce principe varient suivant les cas et le siège des cicatrices. L'auteur les énumère longuement et les partage en deux classes : 1° ceux qui sont destinés à dilater les cicatrices annulaires ; 2° ceux qu'on peut employer pour allonger les autres cicatrices.*

*Les cicatrices annulaires se rétractant dans un sens concentrique, il est nécessaire d'exercer sur elles une action excentrique. La dilatation peut être obtenue avec une tige de laminaire dont la qualité d'expansion au contact des liquides est bien connue ; mais la durée très limitée de cette action et la difficulté que présente une appréciation exacte de cette expansion restreignent l'emploi de ce moyen et font préférer les appareils en caoutchouc élastique, tels que les tubes de caoutchouc avec lesquels sont confectionnés les drains qui servent à dilater l'orifice des narines. Cl. Martin a fait fabriquer récemment des sondes élastiques en caoutchouc de calibres et d'épaisseurs gradués, destinées aux conduits organiques, introduites avec un mandrin et exerçant sur le point rétréci une pression excentrique et lente. Dans cette catégorie rentrent encore les appareils en caoutchouc durci avec ressort métallique ou uniquement en caoutchouc ajouré. Cl. Martin en avait déjà indiqué quelques-uns.*

*Quant aux moyens propres à allonger les autres cicatrices, ce sont les appareils lourds exerçant une pression continue, agissant par leur propre poids, destinés surtout au maxillaire inférieur (bloc d'étain moulé sur la cavité cicatricielle) ou bien encore les appareils basés sur l'action d'un ressort prenant son*

*point d'appui sur le squelette et agissant par son extrémité opposée sur les tissus cicatriciels. Pour ce qui est des appareils reposant sur le principe de la traction exercée sur la cicatrice, ils agissent ou par traction directe, ou par écartement à l'aide soit d'une vis de pression, soit d'un fil de caoutchouc élastique combiné avec d'autres moyens.*

*Cependant, ces ingénieux moyens mécaniques, qui constituent la partie originale et principale du traitement, doivent être complétés par des moyens secondaires, le massage par exemple, qui a une action indéniable. Parmi ces derniers il faut encore ranger l'humidité persistante de la cavité buccale, qui facilite considérablement les modifications qu'on veut obtenir. Lorsque les cicatrices ont pour siège d'autres régions, telles que les brides cutanées, M. Martin fait prendre chaque soir à ses malades plusieurs bains tièdes prolongés et leur applique constamment des compresses humides.*

*Mais, pour arriver à un bon résultat, il est indispensable d'observer rigoureusement certaines règles. C'est ainsi qu'il faut toujours agir sur les tissus cicatriciels avec beaucoup de douceur et de prudence, que les pressions, tractions et dilatations doivent toujours être exercées avec de grandes précautions et ne doivent jamais causer au malade la moindre douleur. D'ailleurs, les sujets porteurs de ces appareils doivent être soumis à une surveillance continuelle et très minutieuse, car ceux-ci peuvent quelquefois occasionner de légères blessures, provoquer de petites ulcérations sans que le patient accuse de souffrance. C'est par l'examen de cette question que se termine le chapitre IV.*

*Le chapitre V indique des applications particulières de la méthode ; aussi est-il de beaucoup le plus long de l'ouvrage (86 pages). L'auteur y traite d'abord des brides cutanées, puis des rétrécissements cicatriciels*

*des conduits organiques, ensuite des cicatrices cavitaires accompagnées de déformations squelettiques. Les cicatrices de la cavité buccale sont l'objet d'une étude particulière. M. Martin examine en premier celles de la moitié supérieure, consécutives à la résection du maxillaire, puis celles de la moitié inférieure avec perte de substance osseuse. Il distingue quatre types de ces dernières : 1° la perte d'une moitié du maxillaire inférieur ou d'une moitié de la branche horizontale ; 2° la perte de la partie postérieure des branches horizontales avec conservation de la partie moyenne de l'arc mandibulaire ; 3° la perte de la plus grande partie ou de la totalité de cet arc et la cicatrice du plancher buccal avec symphyse bucco-linguale. Chacune de ces lésions est accompagnée d'observations, et des illustrations très soignées sont jointes à la description des divers appareils.*

*L'étude se termine par l'application de la méthode aux cavités cicatricielles du nez et des narines. Rappelons que c'est pour un cas de ce genre que Cl. Martin fit pour la première fois usage de la méthode, il y a 17 ans.*

*Ce livre mérite d'occuper la bonne place dans la bibliothèque du chirurgien-dentiste à côté de ceux que nous devons déjà à Cl. Martin. Il doit être accueilli avec faveur par les dentistes, auxquels il importe absolument de connaître ces remarquables travaux. L'examen du tissu cicatriciel, ses propriétés, les modifications dont il est susceptible offrent un grand intérêt. Par le nombre et la variété des appareils imaginés par Cl. Martin pour combattre la rétractilité de ce tissu, ce volume constitue un guide à consulter dans tous les cas de restaurations buccales et faciales. Dans plusieurs des observations qu'il relate il est fait des applications du procédé à des cas tout à fait étrangers à notre domaine, notamment pour le rétrécissement du rectum, de l'urèthre, du vagin, de l'œsophage, etc. ;*

*mais celles qui ont trait à la face et surtout aux déformations buccales et qui sont les plus étendues nous permettent d'admirer l'habileté et l'ingéniosité de Cl. Martin.*

*Nous croyons qu'au point de vue des résultats pratiques et même de l'esthétique la prothèse médiate appliquée judicieusement, systématiquement, doit occuper une place plus considérable que la prothèse immédiate. Nous croyons fermement à l'avenir de la première, car elle est tout indiquée dans un nombre de cas beaucoup plus considérable que la seconde et son application peut se faire dans des conditions autrement favorables.*

*En ce qui nous concerne, à différentes reprises et tout récemment encore dans une restauration étendue du maxillaire analogue à celle qui est rapportée dans l'observation VI, nous avons expérimenté la méthode de dilatation lente préconisée par Cl. Martin, et les résultats fonctionnels et esthétiques qu'elle nous a donnés sont véritablement surprenants. Les restaurations médiates de la cavité buccale ou de la face qui doivent suivre des opérations ou des accidents ont pour but de rétablir artificiellement l'aspect et les fonctions des parties détruites ou déformées. Le principal obstacle à surmonter consiste alors dans la rétraction cicatricielle ; mais les modifications à faire subir aux tissus cicatriciels présentent aussi, de leur côté, une grande difficulté. Il y a donc lieu de se préoccuper de la façon dont vont se comporter les tissus qui servent de base à l'appareil et ceux avec lesquels il entre en contact ; or, ainsi que le démontre Cl. Martin, le tissu cicatriciel n'est pas un tissu mort, il est vivant et « susceptible par conséquent de modifications d'ordre vital et nutritif qui le rendent relativement malléable et modifiable dans certaines conditions ». Il faut, dès lors, quand on entreprend des restaurations de ce genre, combiner des appareils modifiables au fur et à mesure qu'ils exer-*

*cent une influence salutaire sur les tissus environnants.*

*C'est pour cela qu'il y a lieu de remercier vivement le docteur Francisque Martin de nous avoir fait connaître, dans ses plus minutieux détails, le procédé et les appareils grâce auxquels Cl. Martin est parvenu à modifier physiologiquement les tissus les plus durs et les moins élastiques.*

*En dédiant son travail au Dr Claude Martin, l'auteur assure qu'il aura à cœur de continuer l'œuvre de son père ; il convient de l'en féliciter, mais sa tâche sera lourde, nous ne devons pas le lui cacher. Pour notre part, nous nous réjouissons toujours de l'apparition d'un travail de Cl. Martin et nous faisons tous nos efforts pour vulgariser ses procédés, parce que la prothèse restauratrice est vraiment la prothèse française ; quelques hommes de haute valeur s'y consacrent entièrement depuis de longues années et elle est appelée à faire briller d'un vif éclat à l'étranger le nom de nos prothésistes français.*

*P. MARTINIER.*




## ÉTUDE GÉNÉRALE SUR LE CHLOROFORME

Par le Dr Pinet,

Professeur d'anesthésie à l'École dentaire de Paris.

Cette question revient à l'ordre du jour périodiquement. Depuis que le chloroforme existe, il se produit des cas de mort isolés, puis des séries. Les corps savants s'occupent de cette question, sans cependant la faire avancer de beaucoup à ce point de vue.

Le chloroforme est une arme bienfaisante, mais terrible, et, quelles que soient les *précautions prises*, même chez les sujets sains tout au moins en apparence, le chloroforme peut tuer.

Il suffit pour cela d'analyser la marche de l'anesthésie, au point de vue physiologique, et de se rendre compte de ce qui reste de vivant chez un individu arrivé à la période de résolution musculaire. Je viens de dire, quelles que soient les précautions prises ; en effet, si Sédillot a dit : « Le chloroforme bien donné ne tue jamais », — il ajoute un peu plus loin — « il suffit d'un rien pour tuer le malade » et je m'étonne que dans son journal le Dr Huchard ait émis la première partie de cet aphorisme, tout en en oubliant la seconde et j'aime mieux le langage de M. Gérard-Marchand qui, à la séance de la Société de chirurgie, disait :

« Il est indispensable que nous soyons mieux prévenus des dangers de la chloroformisation, car nous vivons à ce sujet dans un optimisme qui ne répond pas à la réalité des faits. »

Tel est l'avis de Chaput, Kirmisson, etc.

Voyons donc à grands traits quelle est l'action physiologique du chloroforme.

Une question qui s'impose, est celle de la pureté du chloroforme.

On le préparait autrefois en faisant agir du chlorure de chaux contenant un excès de chaux sur de l'alcool, puis on distillait.

Ce procédé donnait un chloroforme impur, et il était nécessaire de lui faire subir toute une série de purifications successives.

On tire le chloroforme actuellement de l'hydrate de chloral traité par la lessive de soude à 36°.

Un autre procédé consiste à utiliser l'action du chlorure de chaux sur l'acétone.

Le bon chloroforme doit être neutre au tournesol. Il doit être transparent, d'une odeur suave non nauséabonde; quelques gouttes versées sur un morceau de papier doivent s'évaporer rapidement sans laisser d'odeur désagréable, ni de résidu blanc. Tels sont les procédés *cliniques* qui, d'après le professeur Regnauld, indiqueraient la pureté du chloroforme.

L'impureté la plus grande du chloroforme consiste dans la présence d'acide chloroxycarbonique (Manquat-Thérapeutique).

Le chloroforme s'altérant très facilement sous l'influence et de l'air et de la lumière en donnant des produits chlorés, il est nécessaire de conserver le chloroforme dans des flacons de verre jaune, bien séchés préalablement et fermés au chalumeau.

Cliniquement on peut reconnaître la présence de l'acide chloroxycarbonique dans le chloroforme. Un hoquet à la première inhalation indique, en effet, la présence de ce corps toxique, et le chloroforme doit être immédiatement rejeté.

Il existe un certain nombre de réactions d'ordre chimique destinées à vérifier la pureté du chloroforme.

Mais ces moyens nous importent peu ici. Un chloroforme *chimiquement* pur peut donner lieu à une marche irrégulière de l'anesthésie, même à des alertes (Delorme, Le Caducée, 15 mai 1902). D'après les dernières discussions relatives

au chloroforme (Berger, Le Dentu, Lucas-Championnière), le chloroforme délivré par l'Assistance publique, bien que chimiquement pur (Prunier), donne souvent lieu à des accidents d'intolérance qu'on n'observe pas, du moins au même degré, dans la pratique de ville.

Le professeur Delorme a constaté dans son service du Val-de-Grâce des accidents d'intolérance, nausées, vomissements, des alertes, une excitation ou une dépression consécutives inobservés lorsqu'il a employé le chloroforme préparé par « certains pharmaciens parisiens ». Et cependant le chloroforme analysé par le professeur Burcker était reconnu chimiquement pur !

Frappé de ces faits, le professeur Delorme fit des expériences des plus instructives et qui démontrèrent que l'anesthésie donnée par un chloroforme *récemment préparé* était plus simple, s'obtenait plus vite et que celui-ci exposait moins aux vomissements et aux alertes.

Donc actuellement, l'analyse chimique ne paraît pas suffisante pour renseigner complètement sur la valeur d'un chloroforme ; le contrôle clinique doit être le corollaire du contrôle chimique (Delorme, *loc. cit.*).

Il faut donc employer un chloroforme récemment préparé, ou bien un chloroforme ancien, mais distillé à nouveau.

Volatil, le chloroforme absorbé à l'état de vapeur par la muqueuse pulmonaire passe dans le sang, s'y dissout sans l'altérer (en vitro il n'en est pas de même) et sans subir d'altération. Cependant pour quelques auteurs, le chloroforme se transformerait en chloral et en formate alcalin.

Porté par ce véhicule, le chloroforme agit, non pas uniquement, d'une façon spécifique, sur le système nerveux, comme le croyait Flourens, mais, ainsi que l'a démontré Claude Bernard, sur tous les éléments anatomiques ; c'est la loi de l'universalité d'action. Si les éléments nerveux sont plus touchés que les éléments musculaires, par exemple, cela tient simplement à une impressionnabilité plus grande du système nerveux eu égard au poison.

Quel est le mode intime d'action du chloroforme sur la substance nerveuse?

Le protoplasma étant de nature semi-fluide est coagulé lorsque le chloroforme est mis en contact avec lui sous le microscope. Aussi Cl. Bernard pensait-il que le chloroforme agissait sur les éléments nerveux en en coagulant d'une façon passagère le protoplasma.

« Mais il ne faut pas se dissimuler que l'analogie est seu-
» lement lointaine, car les quantités en présence et les
» conditions de l'action sont très différentes.

» De plus, les graisses phosphorées, qui sont des éléments
» constituants du protoplasma, surtout des cellules nerveu-
» ses, sont solubles dans le chloroforme (Dastre). »

Pour M. Raphaël Dubois, le chloroforme agirait par déshydratation du protoplasma.

Mais ces expériences (Société de biologie, 1885-1888) faites au vitro n'apprennent rien sur ce qui se passe dans l'organisme.

Ainsi nous ne connaissons pas le mécanisme intime de la narcose chloroformique. Qu'il s'agisse d'une action physique, chimique ou mécanique, ce que nous savons, c'est que le chloroforme agit sur les éléments nerveux pour les exciter d'abord et ensuite pour en suspendre temporairement ou définitivement le fonctionnement.

Cependant la physiologie nous apprend que, si au début de la chloroformisation il se fait une vaso-dilatation généralisée, celle-ci fait rapidement place à une vaso-constriction, qui anémie les centres nerveux. Ce phénomène doit entrer en ligne de compte dans l'explication du sommeil et peut-être joue-t-il un certain rôle dans les syncopes secondaires et tertiaires.

Voici donc l'anesthésique au contact des éléments nerveux qu'il impressionne. Mais il n'agit passur eux en bloc: si l'action est universelle, elle est successive pour exciter d'abord et paralyser ensuite.

Les éléments atteints d'abord sont les éléments gris qui constituent la couche corticale du cerveau, éléments qui

sont le siège de la volonté et de la sensibilité consciente.

Après quelques inhalations l'excitation cérébrale se manifeste plus ou moins vive, suivant les sujets — des plus violentes chez les alcooliques — par le verbiage, de l'agitation, les hallucinations surtout de l'ouïe (ainsi le patient entend des sifflements dans les oreilles, des bruits de vagues, ou des cloches). Les idées exprimées sont incohérentes, gaies ou tristes, quelquefois ordurières, et pour mon compte j'ai entre autres observations celle d'une jeune femme du meilleur monde qui a tenu un langage que je ne voudrais pas répéter ici. Je me rappellerai toujours alors que j'étais dans le service de Gosselin une jeune malade du service nous racontant ses relations avec un externe du service. Gosselin, qui n'aimait pas beaucoup ce genre d'expansion, fit heureusement pousser le chloroforme : il était temps.

Bientôt la parole s'embarrasse, devient pâteuse, les idées sont décousues, la voix perd petit à petit sa force, devient traînante et s'éteint. Alors l'intelligence consciente et la sensibilité sont éteintes, les couches corticales ne fonctionnent plus ; c'est le sommeil anesthésique.

C'est la première phase de l'anesthésie.

L'anesthésique alors, respectant les parties qui président à la respiration et à la circulation, c'est-à-dire le bulbe, s'attaque aux autres parties, moelle et protubérance.

Mais là encore l'action n'est pas totale. Le chloroforme atteint les éléments qui président aux différentes sensibilités : c'est d'abord la sensibilité à la douleur qui disparaît la première ; le patient peut réagir encore sous le traumatisme, il n'en souffre pas. Il est dans la situation de la grenouille qui, décapitée, porte encore la patte sur la peau du flanc où a été déposée une goutte d'acide nitrique par exemple.

Puis la sensibilité tactile disparaît à son tour.

C'est la deuxième période de Duret, caractérisée par la suspension des fonctions de la moelle ou de la protubérance comme agents de la sensibilité (anesthésie). Cette sensibilité tactile disparaît successivement dans un ordre qui per-

met de se rendre compte de la marche de l'anesthésie. Ainsi, la peau des membres et du tronc devient insensible, puis la peau du visage et en dernier lieu la conjonctive, de sorte que la sensibilité disparaît avant la mobilité.

Pendant ce temps le chloroforme atteint les centres moteurs. Là encore l'excitation se manifeste avant la paralysie ; les membres sont le siège de mouvements plus désordonnés, les globes oculaires ont leurs mouvements dissociés ; il se produit du trismus ; puis peu à peu tout rentre dans l'ordre, les membres retombent inertes. C'est la troisième période de Duret: suspension des fonctions des centres cérébro-spinaux comme organes excito-moteurs (résolution musculaire) ; c'est la période cherchée par le chirurgien.

« La vie de relation est éteinte, la vie végétative seule subsiste. D'un être humain, il ne reste de vivant que le nœud vital et le sympathique. »

La quatrième période est caractérisée par l'anesthésie totale et définitive : suspension des fonctions bulbaires et des fonctions des nerfs organiques, arrêt de la respiration et de la circulation.

Dans la chloroformisation normale, la peau de la face se colore, puis pâlit ; à la vaso-dilatation succède la vaso-constriction ; elle peut devenir bleuâtre.

La respiration accélérée, au début, *mais profonde*, se ralentit et doit rester régulière.

Le pouls, au début, est accéléré avec augmentation de la pression sanguine, ce qui cadre bien avec la vaso-constriction. Souvent il y a quelques irrégularités dans le nombre ou dans la force des pulsations ; mais ce n'est qu'un phénomède passager. Puis le pouls se ralentit, la pression s'abaisse, ce qui tient à la vaso-dilatation et à l'action directe du chloroforme sur le centre cardiaque.

En vitro les globules sanguins sont altérés par le chloroforme ; sur le vivant on l'ignore.

Mais ce qu'on connaît, ce sont les modifications que subissent les gaz du sang. Ce fait a été bien démontré par Arloing (thèse de Lyon, 1879).

Au début de la chloroformisation, il y a augmentation relative ou absolue de la quantité d'oxygène. Pendant l'anesthésie confirmée l'oxygène et l'acide carbonique diminuent dans le sang.

Mais, phénomène très important, ainsi que Desgrez et Nicloux l'ont démontré dans le travail lu par le Prof. d'Arsonval à l'Académie des sciences (1877), il se produit pendant la chloroformisation chez les animaux une augmentation de l'oxyde de carbone, qui de 1 gr. peut s'élever à 7 gr. Or, l'oxyde de carbone est un poison des hématies.

La chloroformisation a une action sur la nutrition intime de nos tissus. Très étudiée par Vidal (Thèse de Paris, 1897), cette action a une certaine importance. En effet, il y a augmentation très notable des composés azotés de l'urine (acide urique, créatine, etc.) et par contre diminution de l'urée. Il y a donc pendant un certain temps une augmentation de principes toxiques dans le sang avant que ceux-ci soient éliminés par le rein. Il faut donc que le rein soit absolument perméable. D'autant plus que le foie, grand destructeur de poisons, est troublé dans ses fonctions, tant au point de vue de l'azote qu'au point de vue du soufre ; ces corps se trouvent incomplètement oxydés dans le foie.

Du côté des urines on a noté de l'albumine, de la matière colorante biliaire. A citer dans nos observations une malade qui après une chloroformisation normale n'a pas uriné de 10 heures du matin jusqu'au soir; un dénouement fatal s'est produit.

*Élimination.* — Par la muqueuse respiratoire comme toutes les substances volatiles et gazeuses, par la peau, par le rein.

Quant à l'action sur la pupille, elle est des plus intéressantes et il en sera question plus loin.

*Toxicité.* — 1 gr. de chloroforme par litre de sang, d'après Grehant et Quinquaud, produirait l'anesthésie; la dose portée à 1 gr. 25 entraînerait la mort.

Il est bien entendu qu'il s'agit ici non pas de chloroforme inhalé, mais de chloroforme en injection intra-veineuse.

*Réveil.* — Dans la grande majorité des cas, le réveil se produit rapidement au bout de 5 à 15 minutes. J'ai observé une jeune fille nerveuse, (20 gr. de chloroforme) chez laquelle le sommeil a duré 40 minutes, une fois la compresse enlevée. Manquat cite des faits dans lesquels l'anesthésie a persisté de dix à vingt heures. Mais ces faits sont absolument exceptionnels.

Le sujet ouvre les yeux, le regard est vague, il fait quelques mouvements lents, saccadés. Les idées, de confuses qu'elles étaient, deviennent lucides, et rapidement tout rentre dans l'ordre. Le patient se lève ; il faut l'engager à rester étendu pour éviter une syncope.

On peut noter aussi les nausées et des vomissements durant les premières heures consécutives ; d'où l'indication de ne pas donner d'aliment, quel qu'il soit, ou même de liquide pendant les 4 à 5 heures qui suivent l'anesthésie.

J'ai une observation d'une de mes malades opérée par le professeur Monod, chez laquelle les vomissements ont persisté 24 heures *sans aucun arrêt*, quoi qu'on fît pour les empêcher.

Enfin la sensibilité et la motilité reviennent très rapidement, ainsi que la coloration du visage.

L'anesthésie chirurgicale peut durer de 3 à 5 minutes, sans qu'il soit nécessaire de donner le chloroforme à nouveau.

Dans un cas qui m'est personnel, l'anesthésie, le malade étant arrivé en pleine résolution, n'a pas duré une 1/2 minute.

La dose de chloroforme à employer est très variable : 10 à 60 gr. suivant les sujets. Dans un cas observé avec M. Gillard il m'a fallu 120 gr. de chloroforme pour amener la résolution musculaire. Aucun accident consécutif.

Avant la chloroformisation, il est nécessaire de prendre quelques précautions.

D'abord le malade doit être à jeun. C'est élémentaire et cependant il a été écrit que cette précaution était inutile et que la chloroformisation allait mieux chez un sujet non à

jeun. Passons. Il y a des assertions qui ne se discutent même pas.

Donc le malade est à jeun. On doit l'examiner au point de vue du cœur, des vaisseaux, des voies respiratoires, des reins, une lésion de ces organes devant mettre en éveil et entraîner la plus grande prudence dans l'administration de l'anesthésique. Il faut rassurer le malade, lui cacher les préparatifs de l'intervention ; je crois même que le professeur Terrier a préconisé de cacher au malade même le jour de l'opération.

Le nez et les régions labiales et mentonnières seront enduits de vaseline pour éviter l'action irritante du chloroforme sur ces parties, car il peut en résulter des érythèmes et aussi des brûlures plus profondes. Puis on entraîne le malade à respirer sous la compresse à sec et l'on commence à donner le chloroforme en exigeant le plus grand silence de la part du malade et dans le milieu ambiant. Il est certain que la conversation avec le malade, l'impression provenant des bruits extérieurs peuvent retarder le sommeil et la marche de l'anesthésie, le nerf auditif mouvant le dernier. Je sais bien qu'à propos du protoxyde d'azote on a préconisé l'anesthésie en musique de Bordier ; mais cet adjuvant pourrait-il s'allier au chloroforme ?

Bien entendu, le malade sera dans la position horizontale. Endormir le malade assis ou demi-couché est une pratique qui doit être rejetée.

Une question capitale est celle du mode d'administration du chloroforme. M. Saint-Germain préconisait la méthode des doses massives, qu'il appelait le procédé des cambrioleurs. Il n'endormait que les enfants et cette pratique lui réussissait. Mais l'organisme d'un enfant est autre chose que l'organisme d'un adulte. Cette dernière méthode est condamnée par la presque unanimité des praticiens.

Une autre méthode consiste à verser sur la compresse de petites quantités de chloroforme, de façon à faire une tache de la grandeur d'une pièce de 50 centimes.

Le pouce et l'index de la main gauche retiennent la

compresse sur les os propres du nez, le pouce et l'index de la main droite l'environnent sur les branches montantes du maxillaire et sur le menton. Quelques-uns insinuent un doigt entre le menton et la compresse pour laisser passer un peu d'air. Puis après le chloroforme versé étant évaporé, 3 inspirations, on verse la même quantité de chloroforme sur la partie libre de la compresse et l'on retourne.

Lorsque la période d'excitation arrive, on fait sur la compresse une tache de chloroforme plus grande — comme une pièce de 1 franc ou de 2 francs et même plus, suivant le degré d'excitation.

A la période de résolution on verse le chloroforme à dose d'entretien, c'est-à-dire goutte à goutte, en se basant sur l'état de la pupille, par conséquent à intervalles plus ou moins longs.

Un autre procédé de beaucoup le meilleur, qui fait courir le moins de risques aux malades, consiste à verser sur une compresse le chloroforme à doses faibles et continues : quatre ou cinq gouttes versées chaque fois, sur une compresse collée exactement sur le nez et la bouche. Ces quatre ou cinq gouttes étant évaporées, retourner rapidement la compresse. Avec cette méthode « le malade peut être endormi pendant une heure avec 15-20-25 gr. de chloroforme ». (Terrier et Péraire).

Avec cette méthode que Labbé a préconisée le premier, la phase d'excitation est réduite au minimum ou même annulée. Quant aux vomissements, ils sont plus rares qu'avec les anciens procédés.

Cette méthode, qui a fait l'objet d'un excellent travail du Dr Boncour, permettrait de passer outre aux contre-indications habituelles de la chloroformisation. Les polysarciques, les rénaux, les emphysémateux, les cardiaques, les bronchitiques, pourront être anesthésiés grâce à ce procédé.

Péraire n'a jamais observé d'accident « à la condition d'agir avec prudence et de se borner à la dose anesthésique maniable sans arriver à la dose toxique ».

Enfin, quel que soit le procédé employé, pour régula-

riser la respiration du patient et empêcher la langue de tomber en arrière sur l'épiglotte, il est nécessaire de projeter en haut et en avant le maxillaire inférieur en soulevant l'angle de chaque mâchoire.

Certains chirurgiens emploient des méthodes nouvelles : ainsi M. Guénard commence l'anesthésie en faisant inhaler au malade du chlorure d'éthyle ; M. Richelot l'amorce avec le bromure d'éthyle. Dès que l'engourdissement se produit ou dès que le regard prend un aspect vague spécial, on continue par le chloroforme à dose faible. On évite ainsi la syncope primitive, la période d'excitation et l'on obtient l'anesthésie confirmée rapidement avec une dose faible de chloroforme.

Pour moi je préfère de beaucoup le bromure au chlorure d'éthyle.

Avec le premier de ces corps, la vaso-dilatation assure une bonne irrigation sanguine du bulbe. De plus, comme Dastre l'a démontré et comme je l'ai vérifié maintes fois, on peut avec le bromure d'éthyle obtenir facilement l'*apsychie,* car il y a un intervalle de temps relativement très long entre l'impressionnabilité des hémisphères cérébraux et celle de la moelle.

Quelques chirurgiens ont pensé soutenir le cœur pendant la chloroformisation, en faisant au préalable une injection sous-cutanée de spartéine.

D'autres font de même avant l'anesthésie une injection sous-cutanée de chlorhydrate de morphine de 1 centigramme.

Je ne vois aucun avantage à cette dernière pratique. D'abord il est des sujets qui sont excités et non calmés par cette dose de morphine ; d'autres ont des vomissements. Puis la morphine ferme ou peut fermer le rein ; en tout cas elle diminue au moins la fonction rénale. Or, il faut absolument éviter cela.

Pendant la chloroformisation, des incidents peuvent se produire : d'abord, l'agitation du malade qui manque d'air sous la compresse.

La toux est fréquente et est causée par la salive qui tombe dans le larynx (c'est comme précédemment un phénomène de défense) ou bien par l'action irritante du chloroforme sur le larynx et la trachée.

Souvent il se produit des ronflements pouvant tenir soit à la paralysie du voile du palais, soit à un spasme de la glotte, déterminant une sténose laryngée.

Bien souvent le diagnostic de ces deux cas est difficile ; aussi Gosselin enseignait-il de suspendre la chloroformisation pendant quatre à cinq minutes, ou même jusqu'à ce que le ronflement ait disparu.

Cependant en cas de sténose laryngée il se produit une gêne respiratoire marquée ; cet incident cède en relevant la tête et le menton, la chloroformisation étant suspendue. Quant à la genèse de cet incident par chute de la base de la langue sur l'épiglotte, elle était traitée de légende par Gosselin, qui s'élevait vivement contre cette interprétation. C'est pourquoi cet éminent chirurgien interdisait formellement d'attirer la langue hors de la bouche avec une pince. Je fus témoin de ce fait quand j'étais dans son service à La Charité en 1874.

Certains malades après quelques inhalations de chloroforme cessent doucement de respirer, la respiration s'arrête en expiration. L'œil est bon, il paraît contempler un objet quelconque de l'espace; la face est légèrement pâle. Rien de notable du côté du pouls. Le patient oublie souvent de respirer ; c'est une sorte d'extase. La respiration reprend vite. D'autres, comme les femmes nerveuses, émotives, suspendent leur respiration (début de l'anesthésie). Si la face reste normalement colorée, il suffit d'attendre : l'arrêt de la contraction du diaphragme cesse rapidement et tout rentre dans l'ordre.

Si la face devient pâle et le pouls irrégulier, très rapide, il faudra provoquer l'inspiration.

Un léger chatouillement des côtes, ou même un bruit extérieur suffisent à faire revenir la respiration.

Dans d'autres cas, la respiration s'arrête par suite d'une

sorte de tétanisation du diaphragme. Il suffit d'une excitation cutanée pour la faire disparaître. Dans les deux cas on continue la chloroformisation. Souvent il se produit des vomissements. Incliner alors la tête du malade sur le côté et continuer la chloroformisation en poussant prudemment la dose de chloroforme.

On peut noter aussi à une période avancée de la chloroformisation une pâleur livide de la face et des modifications du pouls, caractérisées par sa petitesse et son accélération ; ces phénomènes commandent la plus grande prudence.

Pendant la chloroformisation il se produit souvent une hypersécrétion buccale et pharyngée. Ces sécrétions encombrent le pharynx et gênent la respiration. On en est averti par un gargouillement spécial perçu par l'oreille. On remédie très facilement à cet état en débarrassant le pharynx au moyen d'ouate enroulée convenablement à l'extrémité d'une pince baguette.

M. le professeur Berger a publié dans la *France médicale*, en 1899, sur l'administration du chloroforme une très intéressante leçon. Nous en donnons les conclusions :

1° La sécurité de l'anesthésie dépend exclusivement de l'observation continue et rigoureuse de tous les caractères physiologiques qui résultent de l'action du chloroforme sur l'organisme ;

2° S'il en est un dont l'observation doit primer tous les autres, ce caractère consiste dans les phénomènes qu'on observe du côté de la respiration, dont les perturbations annoncent presque toujours la proximité des accidents ; *cette surveillance de la respiration se fait avec l'oreille* ;

3° L'examen de la coloration de la face et la recherche des réflexes vasculaires ont une importance presque égale ; jamais dans une chloroformisation régulière le sujet ne doit être cyanosé ou présenter la coloration grisâtre de la face et des muqueuses qui indique un trouble certain de la circulation ;

4° La recherche du réflexe palpébral est un guide très sûr, mais dont les indications n'ont cependant pas une valeur absolue ;

5° Le début de la chloroformisation a une influence déterminante sur toute la durée de cet acte chirurgical. Une chloroformisation troublée dès le début sera toujours une chloroformisation difficile et parfois même dangereuse ;

6° Le chloroforme doit être administré d'une manière continue au début et pendant la période d'excitation ; il doit être donné avec des intermittences réglées pendant la période de tolérance ;

7° Ce n'est que par un système d'oscillations que l'on parvient à déterminer les véritables limites entre lesquelles on peut maintenir le sujet dans la résolution chloroformique, en évitant le réveil et les accidents, mais en se tenant surtout à distance de ces derniers ;

8° A mesure que la chloroformisation se prolonge, les limites de la période de tolérance se resserrent et l'on peut avec de moindres doses voir se produire des accidents de surcharge chloroformique ;

9° Quand il y a le moindre doute sur l'interprétation des phénomènes que présente le sujet soumis au chloroforme, il faut immédiatement supprimer celui-ci jusqu'à ce que l'on soit parfaitement au fait de la situation du malade ;

10° Avant toute chose, enfin, le chirurgien doit être parfaitement sûr de la bonne qualité du chloroforme qu'il emploie.

Après avoir posé ces conclusions, M. le docteur Berger ajoute, pour terminer : « En se conduisant d'après ces principes, je n'affirme pas qu'on n'observera jamais d'accidents, mais je crois que ceux-ci pourront presque toujours être surpris dès leur apparition et arrêtés à temps. Il faut savoir se servir du chloroforme sans crainte, comme le chirurgien se sert d'un couteau qui est un instrument très dangereux, mais qui est très sûr entre les mains de celui qui sait s'en servir. »

Je m'associe pleinement aux paroles de ce maître éminent. Quel que soit le mode de chloroformisation employé, il est indispensable de surveiller la respiration, le pouls et aussi le réflexe palpébral.

Pour la respiration, tout le monde est d'accord, ainsi que pour le réflexe palpébral, qui doit être interrogé souvent. Sa disparition indique, en effet, l'extrême limite de l'anesthésie. Dans la grande majorité des cas il n'est pas nécessaire de pousser l'anesthésie jusqu'à ce degré ultime. On peut opérer avant sa disparition, quand ce réflexe est affaibli.

Quant à l'interrogation du pouls, il n'en est pas de même : les uns la négligent, d'autres en suivent les variations avec la plus grande attention. Le professeur Potain, qui s'y connaissait, tenait en grande importance l'observation du pouls. La respiration s'arrête d'abord et le cœur ensuite ordinairement, mais le cœur peut s'arrêter d'abord,

(cas du professeur Poirrier), d'où la nécessité de cette observation : il n'y a rien à négliger en anesthésie.

Ainsi, d'après François Franck, l'arrêt toxique n'est jamais instantané ni total d'emblée, il s'annonce par l'affaiblissement du pouls artériel, par la distension croissante des jugulaires et la suppression de leurs battements. Donc il faut surveiller attentivement le pouls carotidien et le pouls jugulaire.

En somme, ces incidents n'ont qu'une importance très relative, et, si l'on est prévenu de leur présence, on peut y remédier.

Il n'en est pas toujours de même des accidents de la chloroformisation.

*A quels moments peuvent survenir les accidents ?*

A toutes les périodes de la chloroformisation et même après.

L'accident le plus redoutable est celui qui est déterminé par la syncope cardiaque ou la syncope respiratoire, ou par les deux à la fois. Le plus souvent cependant la respiration s'arrête d'abord, le cœur ensuite.

Ces syncopes ont été cataloguées ainsi suivant le moment où elles se produisent :

1) Syncope laryngo-réflexe primitive.

2) Syncope secondaire, dans le cours de la chloroformisation.

3) Syncope tertiaire ou toxique.

Ajoutons les accidents et les morts plusieurs heures après l'anesthésie.

Il est nécessaire de faire une distinction entre ces syncopes de début. Si la syncope laryngo-réflexe est le fait du chloroforme, il n'en est pas de même des syncopes d'ordre purement émotif dans lesquelles le chloroforme n'est pour rien, pour cette bonne raison que le malade n'en a pas encore inhalé. Ainsi Cazenove, montrant à un malade comment il devait respirer sous la compresse, la lui appliqua sans chloroforme au devant du nez et le malade mourut par syncope. L'émotion, la crainte produisent ce phénomène, que Brown-Sequard appelait l'inhibition.

Comme l'a dit Brouardel, certaines personnes atteintes de psychoses se syncopent et meurent pour une cause absolument insignifiante, comme une piqûre, une émotion.

D'autres ont des accidents syncopaux (Quénu) amenés par une odeur, celle d'un parfum par exemple.

Ces accidents sont donc d'ordre psychopathique et non chloroformique.

Quant à la syncope primitive, c'est autre chose. Elle se produit après quelques inhalations de chloroforme, surtout si celui-ci est appliqué d'une façon trop brutale. Le chloroforme est irritant. Or, certains nerfs sont doués d'une sensibilité exquise et transmettent violemment aux centres nerveux les impressions qu'ils reçoivent.

Parmi eux se trouvent les nerfs splanchiques, ainsi que M. Richet l'a si bien montré dans un livre déjà ancien : « Physiologie des muscles et des nerfs ». Ainsi, il suffit de donner une pichenette sur le ventre d'une grenouille pour arrêter son cœur. Un coup même léger porté sur la région abdominale, surtout au creux de l'estomac, peut donner des accidents lyopthimiques et même une syncope définitive (Richet).

Il est deux autres nerfs qui nous intéressent plus et qui jouissent de la même impressionnabilité : le nerf trijumeau et le laryngé supérieur. Aussi la syncope primitive devrait-elle être appelée syncope *naso*-laryngo-réflexe, le trijumeau étant impressionné avant le laryngé.

Le mécanisme de cette syncope a été bien élucidé par Cl. Bernard, Vulpian, Brown-Séquard et Laborde.

Une irritation portée sur la muqueuse nasale ou laryngée est transmise par le trijumeau ou le laryngé jusqu'au bulbe.

François Franck a démontré que pendant l'anesthésie les réflexes modérateurs cardiaques peuvent être exagérés, surtout lorsque ceux-ci partent du laryngé supérieur; on obtient dans ces conditions l'arrêt du cœur plus facilement qu'à l'état normal.

Si l'impression est suffisamment forte, le cœur s'arrête :

c'est l'inhibition de Brown-Séquard. Il s'agit d'une syncope cardiaque rare heureusement, car elle est mortelle.

L'excitation part bien du trijumeau et du laryngé, car si les vapeurs irritantes chloroformiques ou autres sont portées directement dans le poumon, par la trachée, la syncope ne se produit pas ; si, comme l'a démontré Alphonse Guérin, on fait inhaler le chloroforme en obturant les fosses nasales, les troubles cardiaques manquent. Cette opinion est trop exclusive. Le laryngé supérieur joue un rôle important, surtout si le larynx est pathologique.

*Syncope secondaire.* — Si la chloroformisation n'est pas régulière et graduée, s'il se produit une inhalation trop brusque, *la moelle se prend avec rapidité*: les accélérations cardiaques de la moelle cervico-dorsale exaltent le cœur: 150 à 160 battements, puis ralentissement et syncope cardiaque; c'est la syncope bulbaire de Duret.

Que s'est-il passé ? *Le ralentissement* est dû à la paralysie des centres accélérateurs de la moelle qui succède à leur excitation exagérée.

*La syncope est due* à l'action des pneumogastriques sollicités dans le bulbe par l'excitation du chloroforme qui gagne cet organe pendant que la moelle se paralyse.

*En d'autres termes, le ralentissement* est médullaire, la syncope est bulbaire. Quant à la pression sanguine, d'après Arloing, elle s'élève pour diminuer ensuite.

Si les choses n'ont pas été aussi loin (Vulpian), c'est-à-dire si la dose n'a pas suffi à exciter violemment le bulbe, la syncope n'en est pas moins imminente, *et la plus simple irritation portée sur le bulbe peut la produire.*

La syncope tertiaire ou toxique est la plus irrémédiable ; elle se produit par suite de l'inhalation d'une grande quantité de chloroforme, qu'il est impossible d'évaluer en grammes : c'est une affaire d'idiosyncrasie : les uns supporteront beaucoup, d'autres moins. Dastre en a exposé le mécanisme avec sa clarté habituelle.

« Lorsque les deux systèmes modérateur et accélérateur » sont excités en même temps également, c'est le modéra-

» teur qui l'emporte ; lorsque l'excitation disparaît, c'est » l'accélarateur.

» Ici donc on verra les mouvements du cœur s'accélérer » de plus en plus en devenant plus petits pendant que la » pression baissera, et, sur ces entrefaites, la respiration s'ar- » rêtera par suite de la paralysie du bulbe. L'arrêt de la » respiration précède de quelque temps, quelquefois de » deux minutes, l'arrêt du cœur... Elle est irrémédiable. »

De l'étude de l'action physiologique de ces médicaments, il résulte les conclusions suivantes (Arloing) : au début surveiller le cœur et la respiration ; dans la deuxième période surveiller le cœur ; dans la troisième surveiller la respiration.

*Accidents consécutifs.* — Souvent on observe des vomissements prolongés et incoercibles ; il en a été question précédemment. On observe aussi la broncho-pneumonie (Richet), la congestion pulmonaire, l'arythmée cardiaque, de l'albuminurie passagère (Terrier). Des paralysies post-anesthésiques (*Semaine médicale,* 11 nov. 1899) ont été signalées par Mally.

Après les opérations post-anesthésiques, on a cité un certain nombre de paralysies soit périphériques, soit d'origine centrale. Les premières sont de nature hystérique, ou rentrent dans le cadre de paralysie réflexe.

Quant aux autres, dues à l'hémorragie cérébrale, Mailly dit que l'anesthésique joue un certain rôle en provoquant une rupture vasculaire de façon purement « mécanique ; le trouble de circulation cérébrale qui constitue l'état anesthésique n'a pu que provoquer une rupture vasculaire prête à se produire ».

Je possède l'observation d'un cas de mort qui s'est produit quelques heures après le réveil. Il s'agissait d'une jeune femme de 32 ans, bien conformée, sans tare, avec tous les organes sains, chez laquelle il y avait des extractions multiples à faire.

L'opérateur, un de nos collègues, me proposa pour anesthésier. La famille préféra le médecin habituel, ancien interne

des hôpitaux, connaissant bien son chloroforme et aussi la patiente.

L'anesthésie se passa sans le moindre incident. 30 gr. de chloroforme furent employés ; la patiente se réveilla très normalement sans éprouver le moindre trouble.

Dans la soirée, cette jeune femme fut prise d'un malaise étrange, sensation de fatigue, de gêne respiratoire légère. Puis, les phénomènes s'accentuant, on courut chercher le médecin.

Malgré tous les soins, la malade succombait rapidement. Elle n'avait pas uriné depuis le matin. Quel est le mécanisme exact de la mort ? Il s'agit d'une intoxication, mais de quelle nature ? Le champ est libre aux hypothèses et cela peut mener loin.

En tout cas, ce fait, qui peut-être n'est pas isolé, doit donner à réfléchir.

Nous avons vu qu'il est indispensable de surveiller la respiration et la circulation. Mais il faut surveiller avec grand soin aussi le jeu pupillaire. « La pupille est la boussole de l'anesthésite. » (Auvard et Caubet.)

*Surveiller la respiration.* — Si le sommeil anesthésique est bon, les mouvements respiratoires sont pour ainsi dire normaux.

Si les mouvements abdominaux sont précipités, il va y avoir des vomissements ou toux ou asphyxie par excès de chloroforme.

*Regarder la pupille.*

*Si elle est ponctiforme.* — Continuer goutte à goutte ; la respiration va devenir normale.

*Si la pupille se dilate lentement.* — Continuer. Vomissements ou réveil.

*Si la pupille se dilate brusquement.* — Cesser. L'asphyxie va se produire. Asphyxie toxique, *le centre bulbaire perd son excitabilité.* C'est l'apnée toxique de Duret par intoxication.

*La face* devient blême et froide.

Muqueuses des lèvres décolorées.

Sueur froide et visqueuse.

Les paupières sont plombées.

Froid marmoréen des pommettes et des narines (Baudoin).

Les traits prennent une immobilité cadavérique.

Dans d'autres cas, la face, au lieu d'être blême, est *vultueuse* (asphyxie mécanique).

Cesser (Auvard et Caubet) le chloroforme.

Chez les alcooliques la contraction pupillaire est plus lente à se produire. Pendant l'anesthésie confirmée, la pupille ne reste pas ponctiforme uniformément ; elle fait l'accordéon. D'après Duret, « cela tient à ce que, chez » les alcooliques, l'état neuro-paralytique des vaisseaux » qu'ils présentent est une mauvaise condition pour l'im- » prégnation définitive des éléments nerveux par l'agent » anesthésique. »

Le Dr Aubeau signale un autre phénomène des plus intéressants à connaître. Ainsi certains signes permettent de prévoir les accidents graves de l'anesthésie.

Si la respiration est lente, superficielle, à peine perceptible, *une syncope respiratoire* est imminente. *Écarter l'inhalation.* Cela suffit pour parer aux accidents.

*Mais il est une autre forme autrement grave : c'est la syncope respirative à forme convulsive* (Aubeau).

Elle s'annonce par une respiration saccadée, laborieuse, parfois sanglotante, et *par un trouble vasculaire* précurseur des accidents.

A l'une quelconque des périodes de l'anesthésie, mais *surtout pendant la période qui précède l'anesthésie confirmée* on voit apparaître chez les sujets menacés, dans les régions génienne, parotidienne cervicale, labiale et abdominale, un pointillé rouge vif. Puis les points s'élargissent, se transforment en macules qui s'étalent, *se confondent et dessinent le réseau capillaire de la peau.* Si l'on n'intervient pas, la couleur devient lie-de-vin et violette ; d'où l'asphyxie.

Le chloroforme peut être employé à tout âge. Chez les

enfants, il est absolument inoffensif. (Auvard et Caubet).

Chez les vieillards, en allant avec prudence, c'est-à-dire en employant la méthode dosimétrique, le chloroforme n'est pas contre-indiqué.

Quand il s'agit de sujets nerveux ou anémiques, sujets qui ont une tendance marquée à la syncope, il faut agir prudemment. Ne pas oublier que la frayeur, qu'une émotion vive peuvent tuer dans ces cas. Il se produit une syncope cardiaque primitive qui est au-dessus des ressources de l'art.

Le sexe n'a aucune importance.

Le siège de l'opération n'a pas d'importance non plus si l'on emploie la méthode des gouttes, car il ne faut pas oublier que, les opérations se pratiquant dans la zone des nerfs bulbaires prédisposent plus aux accidents.

Dans les états pathologiques y a-t-il contre-indication ?

Auvard et Caubet admettent que les rénaux supportent très bien le chloroforme.

Cette opinion n'est pas partagée par tous. Il ne faut pas perdre de vue que le chloroforme s'élimine en partie par les urines ; Terrier, ainsi que je l'ai dit, a noté l'albuminurie post-chloroformique, et chez les albuminuriques le chloroforme est contre-indiqué. Biousse cite des néphritiques succombant à l'urémie quelques jours après la chloroformisation.

J'ai cité le cas d'une jeune femme succombant quelques heures après le chloroforme. Elle n'avait pas uriné.

Il y a longtemps que je professe cette contre-indication à l'École.

Quant aux cardiaques dont l'affection est compensée, ils peuvent être chloroformés, avec prudence il est vrai (Huchard).

Quant aux non compensés, aux dyspnéiques, qu'il s'agisse de la dyspnée des asthmatiques ou de la dyspnétoxie alimentaire de Huchard, qui n'est que de l'urémie, il ne faut les anesthésier qu'avec la plus extrême prudence. Il en est de même des polysiaciques.

A ce propos, il y a six ans, un de mes malades, âgé de 35 ans, polysuréique, au cœur gras présentant de l'eurythmie, était atteint de grosses varices des membres inférieurs principalement. Ces varices le gênant un peu, il voulut absolument s'en débarrasser par une intervention chirurgicale, malgré toutes mes remontrances.

Il s'adressa donc à un praticien, qui fixa à quelques jours de là l'opération avec anesthésie ; je fus sollicité comme médecin habituel d'administrer le chloroforme ; mais je m'y refusai de la façon la plus absolue, en donnant à la famille mes raisons.

Bien entendu il se rencontra un anesthésiste, et le sujet mourut au beau milieu de l'opération.

En grande chirurgie on admet des contre-indications ; mais elles sont relatives. Je vais plus loin que Huchard et je dis : s'il faut opérer sous le chloroforme un malade *que son affection emportera certainement* si l'on n'intervient pas, il n'y a pas à hésiter : entre deux maux il faut choisir le moindre, car si le chloroforme peut tuer, cela est une possibilité et non pas une certitude ; aussi en grande chirurgie n'y a-t-il pas de contre-indications. Je l'ai administré maintes fois sans la moindre crainte.

En est-il de même en art dentaire ? Non, dans la majorité des cas.

Pour émettre cette opinion, je me base sur les données certaines de la physiologie, et sur les cas de morts bien plus nombreux que ceux qu'indiquent les statistiques, et, comme l'écrit Reclus : « Nous ne savons pas quelle est la mortalité réelle du chloroforme et celle que l'on chuchote est, paraît-il, plus élevée que celle que l'on écrit. »

Les statistiques ne prouvent pas grand chose et si par telle ou telle méthode perfectionnée on a 100 succès, rien ne prouve ce que sera le cent unième.

Pendant l'expédition de Crimée, avec les anciens procédés de chloroformisation sur des sujets en état de résistance organique inférieur, sur 10.000 chloroformisations, il n'y eut pas un seul décès. A côté de cela, dans un seul service

d'hôpital, récemment, trois décès par chloroforme se sont produits en une semaine.

En art dentaire le chloroforme ne doit être donné que lorsqu'il y a nécessité absolue, et par nécessité absolue j'entends les cas où l'opérateur jugera qu'il lui est impossible d'opérer avec le concours des anesthésiques ordinairement employés en art dentaire, c'est-à-dire des anesthésiques locaux. Le coryl, que manie si bien M. d'Argent, que j'ai vu ici, à l'Ecole, faire des extractions multiples des plus difficiles sans douleur ; la cocaïne qui s'emploie couramment ; le protoxyde d'azote, le bromure d'éthyle et le somnoforme eux-mêmes ne devront pas échapper à cette loi formelle de n'employer l'anesthésie générale que lorsqu'il y a impossibilité absolue d'employer un anesthésique local.

Je me range à ce sujet de la façon la plus formelle à l'opinion que M. le Dr Roy a exprimée dans son traité sur les anesthésiques (*Aide-mémoire du chirurgien-dentiste*) et où il expose si bien les indications de l'anesthésie générale.

Est-ce à dire qu'il faille proscrire le chloroforme de la pratique dentaire? Certainement non et je suis à cent lieues d'une telle pensée.

Mais on ne doit l'employer que lorsque l'opérateur jugera que l'anesthésie locale et que les anesthésiques généraux moins dangereux que le chloroforme seront insuffisants.

A l'école d'Édimbourg en 1899, il a été fait sept mille sept cent quarante extractions avec anesthésie.

A l'hôpital dentaire de Londres, où il y a deux séances d'anesthésie par jour, un nombre considérable d'extractions est fait journellement.

Toutefois, dans ces écoles c'est presque exclusivement l'anesthésie au protoxyde d'azote qui est pratiquée. (Congrès. Exposition de 1900).

L'anesthésie chloroformique y est donc exceptionnelle.

Nos collègues d'Outre-Manche savent certainement

manier le chloroforme aussi bien que nous. S'ils l'emploient peu, c'est qu'ils ont de bonnes raisons pour cela.

Chez nous beaucoup de chirurgiens, frappés des dangers du chloroforme préfèrent l'éther. Telle l'École de Lyon. Dans mon service à l'École dentaire, j'emploie l'éther de préférence.

Mais je reviendrai sur ce sujet dans un travail ultérieur.



# SOCIÉTÉS SAVANTES

## SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

*Séance du 18 mars 1902.*

Présidence de M. ROY, président.

La séance est ouverte à 9 heures.

### I. — PROCÈS-VERBAL.

*M. Roy.* — Le procès-verbal de la dernière réunion de la Société d'Odontologie n'a pas encore été publié, le dernier procès-verbal publié est celui de la séance de janvier.

Quelqu'un a-t-il des observations à présenter à son sujet?

Le procès-verbal est mis aux voix et adopté.

### II. — CORRESPONDANCE.

*M. le Secrétaire général* communique une lettre de M. Sauvez, qui regrette de ne pouvoir assister à la réunion.

### III. — ALLOCUTION DU PRÉSIDENT.

*M. Roy* prononce l'allocution suivante :

Mes chers confrères,

En prenant la présidence de cette première séance, je tiens à vous remercier du grand honneur que vous m'avez fait en m'appelant à présider, pour cette année, les travaux de la Société d'Odontologie, de cette Société qui est non seulement la plus ancienne des Sociétés odontologiques de France, mais aussi la plus importante et par le nombre de ses membres et par l'importance des travaux qui se sont produits dans son sein.

Il suffirait de renvoyer ceux qui mettraient en doute cette dernière assertion à la collection des procès-verbaux de nos séances parus depuis vingt ans dans notre journal, qui

témoignent d'une façon irréfutable du nombre et de l'importance de ces travaux.

Il y a déjà vingt ans, en effet, messieurs, que la Société d'Odontologie existe et cette année-ci marque le vingtième anniversaire de sa fondation. Si, prise intrinsèquement, cette période de vingt ans peut paraître bien minime, combien elle nous paraît étendue si nous revoyons par la pensée le chemin parcouru par notre profession depuis le 17 janvier 1882, date à laquelle l'Association scientifique de l'Ecole dentaire de Paris, définitivement constituée, tenait sa première séance pour procéder à l'élection de son bureau !

Cette création marquait un nouvel effort des hommes ardents et généreux qui, quelques années auparavant, avaient commencé l'œuvre de rénovation professionnelle par la création de l'Ecole dentaire de Paris.

Réduits aux connaissances empiriques qui, seules, pouvaient être acquises en France par les dentistes avant 1879, ces confrères, dont nous sommes heureux de voir un grand nombre parmi nous, avaient commencé par fonder une école dans laquelle ils étaient venus puiser les connaissances indispensables à un exercice rationnel de leur profession.

Mais ils avaient bientôt senti la nécessité d'organiser, pour les nouveaux praticiens que l'Ecole dentaire de Paris venait de créer, un centre de réunion où l'œuvre d'enseignement mutuel se continuerait et où chacun, en apportant le fruit de ses observations, dont il ferait bénéficier ses collègues, aurait la satisfaction de profiter en retour des observations et de l'expérience personnelle de ceux-ci. La fondation de cette Société portait donc un coup définitif à l'empirisme qui pendant tant d'années, hélas! avait été l'unique règle de l'art dentaire dans notre pays.

La Société avait d'abord été restreinte aux seuls diplômés et professeurs de l'Ecole, mais, peu à peu, le succès aidant, et les divers organismes qui gravitaient autour de l'Ecole dentaire de Paris ayant été fondus en un seul groupement, l'Association scientifique de cette Ecole s'organisait sur

des bases plus larges et prenait en 1884 le titre de Société d'Odontologie, qu'elle a conservé depuis.

C'est avec un vif intérêt que je parcourais récemment les procès-verbaux des débuts de la Société. A cette époque, la Société ne pouvait se payer le luxe d'un sténographe, et la rédaction de ces procès-verbaux était due à l'un des secrétaires des séances dont la besogne alors était loin d'être une sinécure. On peut y suivre en quelque sorte pas à pas le développement scientifique des membres de la Société. Au début, il n'y a pas de travaux de généralisation, chacun se contente d'apporter les cas intéressants de sa pratique. Ce sont en effet surtout les cas d'observation clinique qui constituent, avec les présentations d'instruments nouveaux, la base des réunions d'alors. Puis, peu à peu, au fur et à mesure que l'expérience de chacun s'accroît, des travaux d'ensemble se produisent, venant apporter, par la coordination des faits d'observation, d'importantes contributions à la science dentaire.

Il n'est pas téméraire de dire que la création de la Société d'Odontologie a été, après la fondation de l'Ecole dentaire de Paris, l'événement qui a eu le plus d'influence sur le développement scientifique des dentistes français ; aussi devons-nous saluer avec reconnaissance le vingtième anniversaire de cet événement.

Notre Société, aujourd'hui, n'a plus seulement pour but de participer à l'instruction mutuelle de ses membres, elle tient à honneur d'apporter aussi sa large part à l'œuvre que les dentistes du monde entier travaillent à établir, à la *science odontologique.*

Si cette jeune science est venue un peu tard prendre place parmi les autres sciences, ses aînées, elle a tenu du moins, par la rapidité de ses progrès, à regagner autant qu'il était possible le temps perdu sur celles-ci.

Aussi sa jeunesse ne l'empêche pas de revendiquer énergiquement la place légitime qui lui est due, sans vouloir, à aucun prix, se laisser absorber et reléguer au rang d'accessoire par une science plus âgée. Elle revendique hautement

son autonomie, à laquelle elle ne pourrait du reste renoncer qu'à la condition de renier ses parents et l'œuvre de tous les dentistes qui, depuis Fauchard, ont contribué à son développement.

C'est contre ces tentatives d'absorption que nous avons toujours combattu et nous avons heureusement ici contre celles-ci la meilleure arme, la Société d'Odontologie, dont les travaux sont la justification même de l'autonomie de l'art dentaire.

En travaillant ici, nous faisons plus pour la défense des idées qui nous sont chères que par les plus convaincantes des polémiques : nous prouvons le mouvement en marchant.

Collaborons donc ensemble au progrès de notre art, auquel contribuent aussi bien le cas intéressant de pratique courante que le travail d'ensemble plus étendu auquel cette observation, coordonnée avec d'autres analogues, pourra donner naissance ultérieurement. Que chacun apporte ici ses idées tant sur les points de science pure que sur les petits points de pratique au sujet desquels nous sommes si heureux d'apprendre quelque perfectionnement. En contribuant à faciliter l'exécution des manœuvres si délicates de notre technique spéciale, ou à résoudre une difficulté prothétique, la connaissance d'un instrument ou d'un appareil nouveau joue, elle aussi, un rôle dans le développement autonome de nore art.

Travaillons donc, messieurs, sans nous laisser détourner par les attaques d'adversaires ignorants ou ambitieux.

A propos des critiques puériles ou intéressées qui accompagnent parfois un grand effort, un proverbe arabe dit fort à propos, dans ce langage imagé qui donne tant de saveur aux apologues orientaux :

Le chien aboie, la caravane passe

Mettons à profit ce proverbe, laissons dire nos adversaires — et continuons notre œuvre pour le plus grand progrès de la science odontologique *(applaudissements).*

IV. — Un cas de fracture du maxillaire inférieur par M. Roy.

*M. Roy.* — Je vous demande la permission de vous présenter un malade, que je viens de traiter pour une fracture du maxillaire inférieur qui offre quelques particularités intéressantes au point de vue clinique. C'est un ouvrier qui travaillait aux travaux du Métropolitain et qui est tombé d'une hauteur de 10 mètres ; il s'est fait une fracture de la symphyse qui s'est accompagnée d'une luxation en arrière du condyle du côté droit. Cette luxation en arrière de la mâchoire inférieure par enfoncement de la paroi antérieure du conduit auditif externe est rare et caractérisée notamment par une hémorragie du conduit auditif, phénomène que ce malade a présenté et qui ne se rencontre également que dans les fractures de la base du crâne.

Si on l'examine aujourd'hui, on constate que l'angle du maxillaire du côté où s'est produit la luxation est à un niveau un peu plus bas que l'angle du côté opposé, et que le condyle paraît un peu enfoncé en dedans. Vous voyez aussi sur le front et le menton la trace de la chute faite par le malade, cette fracture de la symphyse s'étant produite par cause directe, par diminution de courbure de l'os.

Au point de vue du traitement, il n'y avait pas de déplacement considérable et, bien qu'il se soit produit cette luxation de la mâchoire et consécutivement ce déplacement du condyle, le malade pouvait facilement ouvrir la bouche huit ou dix jours après l'accident, époque où je le vis pour la première fois.

Pour le traitement j'ai pris une empreinte au plâtre comme de coutume et j'ai placé une gouttière en aluminium ; j'ai eu quelque difficulté pour la réduction de la fracture sur le modèle en raison de l'absence complète de molaires à la mâchoire inférieure, d'une anomalie d'articulation des dents, antérieure à l'accident, et d'une fracture légère de la mâchoire supérieure, dont vous voyez la trace par le déplacement et la mobilité des deux incisives centrales. Néanmoins vous pouvez constater que les dents sont maintenant dans une position satisfaisante.

La guérison s'est opérée dans d'excellentes conditions ; trois semaines après la pose de l'appareil la fracture était consolidée, j'ai néanmoins laissé l'appareil huit jours encore après par mesure de précaution.

A ce sujet je ne suis pas d'avis, à moins de circonstances particulières, de retirer les appareils avant l'époque de la consolidation probable, même pour le nettoyage celui-ci pouvant se faire d'une façon très suffisante sans déplacer l'appareil. Un point que je veux vous signaler, c'est la difficulté que j'ai éprouvée lorsque j'ai fixé la gouttière. Je me proposais de maintenir celle-ci par des goupilles métalliques passant

dans les espaces interdentaires et traversant de part en part la gouttière par des trous que j'avais percés à l'avance. J'ai eu les plus grosses difficultés pour faire passer ces goupilles des deux côtés de la gouttière ; en désespoir de cause je me suis borné à les faire passer uniquement par les trous de la paroi antérieure, en les enfonçant à force dans les espaces interdentaires. Lorsque j'ai revu mon malade, quelques jours après, j'ai pu constater que ce moyen de rétention était parfaitement suffisant pour maintenir l'appareil et de plus une de ces goupilles étant partie, j'ai pu sans difficulté en faire passer une autre de part en part, ce que je n'avais pu faire la première fois et ce que je pus faire par la suite pour toutes les autres.

### V. — L'extraction symétrique de la dent de six ans est-elle indiquée ? par M. le Dr Förberg (de Stockholm).

*M. Heïdé.* — La communication que j'ai l'honneur de vous faire ce soir est due à mon ami le Dr Förberg, de Stockhlom, l'un des présidents d'honneur du Congrès de 1900.

Vous le connaissez tous par le souvenir sympathique qu'il a laissé parmi nous.

Il s'est fait remarquer par son travail sur *Les dents des enfants des écoles* présenté au Congrès (VIIIe section).

J'ajoute qu'il fait partie du Comité exécutif de la Fédération dentaire internationale, et, au mois d'août dernier, à Cambridge, il nous faisait l'honneur et le plaisir d'inviter la Fédération à choisir Stockholm comme lieu de réunion pour cette année. Je profite donc de l'occasion pour vous engager à envoyer vos délégués à cette réunion, car un voyage aux pays des Scandinaves, qui ont une si grande sympathie pour les Français, sympathie qui coule pour ainsi dire dans nos veines, un voyage dans les beaux pays du Nord si hospitaliers sera, je vous le promets, une véritable récréation, pleine de charme.

Le sujet de M. Förberg « *l'extraction symétrique de la première grosse molaire, est-elle fondée ?* » est un sujet d'actualité ; il a été traité par notre distingué confrère M. Siffre à la séance du 29 octobre 1901 de la *Société odontologique de France* dans son article ayant pour titre : *Influence de l'extraction de la dent de six ans sur l'éruption de la dent de sagesse.*

La théorie de ce dernier, à mon avis, est une erreur ; j'en suis personnellement un adversaire absolu, persuadé que l'extraction de la dent de six ans avant l'âge de 16 à 18 ans est nuisible. En arrachant *prématurément* la dent de six ans, on court peut-être la chance de faciliter l'éruption de la dent de sagesse comme l'indiquent les observations du Dr Siffre, mais on provoque un arrêt du développement de la mâchoire.

Ainsi donc, partageant entièrement les idées de mon ami Förberg sur cette question, j'ai été doublement heureux de me faire ici son interprète auprès de vous en vous présentant son travail dont je vais vous donner lecture.

M. Heïdé donne lecture de la communication (V. *Travaux originaux*, *L'Odontologie*, n° du 15 avril, p. 309) et présente une série de modèles avec projections électriques.

DISCUSSION.

*M. Heïdé.* — Si vous tirez une ligne entre les deux dents du sujet à leur face médiane, si vous tirez une ligne en arrière, c'est-à-dire à la face distale de la première grosse molaire, et si vous avez mesuré entre la pointe de devant des incisives par le diamètre transversal, vous obtenez la même longueur, ce qui indique que vous n'avez pas eu élargissement de la mâchoire.

*M. Roy.* — La communication de M. Förberg, dont M. Heïdé vient de nous donner lecture, est très intéressante, car son auteur nous présente des résultats éloignés de l'extraction de la molaire de six ans en nous permettant de comparer l'état actuel de la bouche de plusieurs malades à ce qu'il était dix ou quinze ans auparavant. Je crois être votre interprète en adressant les bien sincères remerciements de la Société à M. Förberg pour sa très importante communication, ainsi qu'à M. Heïdé, qui a bien voulu nous la présenter.

Je crois que, en raison de l'étendue de cette communication et de la nécessité de comparer à loisir les diverses planches de l'auteur, il y a lieu, si personne ne fait d'opposition, de renvoyer la discussion sur ce sujet à une séance ultérieure où elle pourra se faire avec plus de fruit.

VI. — A PROPOS DU CHLOROFORME, PAR M. LE Dr PINET.

*M. Pinet.* — Permettez-moi de vous présenter le canevas de la communication que je désire voir paraître dans *L'Odontologie,* à la place que l'on veut bien me faire l'honneur de lui réserver. (M. Pinet fait un résumé de la communication qui est reproduite *in extenso* aux *Travaux originaux*, p. 365.)

DISCUSSION.

*M. Friteau.* — Je ne veux pas suivre M. le Dr Pinet dans les différentes phases scientifiques de sa communication que je me permettrai toutefois quelques petites observations, je me propose justement de faire paraître dans *L'Odontologie* un travail que je vais exécuter, sur lequel je m'étendrai plus longuement et plus utilement. Suivant sa communication, M. Pinet, si j'ai bien écouté, a l'air de vous dire que le chloroforme en art dentaire doit être prohibé, qu'il

y a un très petit nombre d'occasions de s'en servir. Or, je voudrais, moi aussi, savoir d'une façon positive quelles en sont les indications. Je ferai observer qu'il y a un très grand nombre de malades qui ont les racines séparées du haut et du bas, et lorsque, par exemple, un malade a cinq racines à enlever, profondément enfouies dans les gencives, je demande s'il faut faire la chloroformisation. Je le pense pour ma part, et c'est ainsi que je l'enseigne sans avoir jamais eu le moindre accroc. J'ai déjà donné un certain nombre de fois le chloroforme pour enlever cinq ou six racines, j'en ai ici seulement près de cent observations, je pense avoir agi d'une façon correcte, dans les indications dentaires par le chloroforme.

Il y a une question que M. Pinet a laissée de côté et qui, pour moi, a une importance considérable : c'est le mode d'emploi du chloroforme. Pour ma part, quand il le faut, je me sers de la méthode des gouttes, qui d'ailleurs ne m'est pas particulière, mais est celle de mes maîtres ; je donne 2 gouttes par 2 gouttes, de façon à donner 20 grammes pour une opération qui doit durer 1 heure ou 1 heure 1/4, ainsi qu'ont pu le constater ces messieurs.

Je crois que cette méthode nous permettrait d'éviter les accidents dont on a tant parlé.

Je ne crois pas que le chloroforme soit si terrible, je ne crois pas non plus qu'il faille s'exagérer le danger trop grand de la chloroformisation, je désirerais même que l'on tînt ici, en vue de le publier, un compte exact des dents arrachées et des chloroformisations, de façon à pouvoir établir dans quelques années une statistique qui évitera que les accidents que l'on cite nous soient imputés. Il y a aussi la question des accidents du début ; je ne voudrais pas la traiter ici, parce que ce serait trop long ; je me permettrai seulement de dire que, à propos des accidents respiratoires, M. Pinet nous a cité le cas d'une jeune femme qu'il a endormie. J'ai endormi dernièrement une femme atteinte de tuberculose pulmonaire ; il était urgent de faire les extractions puisque la malade avait un certain nombre d'abcès ; j'ai employé la chloroformisation, j'y ai veillé de plus en plus, j'ai revu la malade quelques jours après, elle n'avait eu aucun accident, et s'était très bien trouvée de l'opération. Voilà une malade qui, du côté de l'appareil respiratoire, malgré des hémoptysies récentes s'est parfaitement comportée. Je vous demande pardon d'avoir été si long, je me permettrai dans une prochaine séance de vous donner en détail la manière d'opérer et les indications aussi claires qu'il sera possible.

*M. Pinet.* — J'ai eu l'honneur de vous dire ici que je ne voulais vous présenter qu'à grands traits le résumé du travail que je vais publier dans *L'Odontologie* ; je prends encore une fois la parole sans m'appesantir davantage sur mon sujet.

La méthode des gouttes, il me semble l'avoir citée, et je le répète, je n'ai voulu qu'esquisser à grands traits la chloroformisation. Quant aux accidents en art dentaire, lorsque vous voyez que vous pouvez faire facilement l'extraction avec le protoxyde d'azote, avec le bromure d'éthyle ou avec le somnoforme, je ne vois pas pourquoi vous prendriez le chloroforme, puisque nous avons à notre disposition un agent qui est moins dangereux. Au point de vue statistique, pendant l'expédition de Crimée il n'y a eu qu'un seul décès ; à côté de cela *Huchard* en a observé trois en une semaine : qu'est-ce que cela prouve, une statistique ?

Il y a une série d'individus qui résiste, il y en a une autre qui ne résiste pas. Je n'admets pas qu'on compromette la vie d'un individu lorsqu'on a des extractions multiples à faire. Quand on ne peut pas faire autrement c'est différent, et encore ! mais lorsqu'on peut faire autrement, on doit parfaitement le faire. M. Viau, à l'École dentaire, a enlevé quatorze dents sous le protoxyde.

Encore une fois, étant donné ce que nous indique la physiologie, on expose la vie d'un individu et je dis qu'on ne doit le faire que le moins possible.

*M. Friteau.* — Je n'enseigne pas de donner et je ne veux pas donner du chloroforme à tort et à travers ; il est possible qu'on puisse enlever quatorze dents faciles à enlever : il y a quelques jours j'ai fait à un de nos collègues des extractions multiples particulièrement laborieuses, et j'aurais encore pu lui enlever cinq ou six autres racines sans qu'il le sentît.

Je trouve qu'il y a un très grand nombre de cas dans lesquels le chloroforme est applicable.

*M. Viau.* — Il y a un sténographe à la séance ; c'est pourquoi je tiens à dire que nous n'avons pas enlevé quatorze *dents* à la fois sous le protoxyde : il s'agissait dans la circonstance de quatorze *racines* à enlever. Je crois évidemment, en tant que dentiste, que le chloroforme est la dernière substance que nous devons employer, puisque nous pouvons faire avec l'anesthésie locale un très grand nombre d'opérations ; pour l'anesthésie générale il vaut mieux donner la préférence au bromure, au protoxyde ou à un procédé qui puisse être employé dans un cabinet et qui permette au malade de s'en aller après l'opération.

*M. Godon.* — C'est moi qui ai provoqué cette discussion en priant notre ami le Dr Pinet, que je remercie vivement, de nous faire cette communication sur le chloroforme, étant donné d'une part que les sociétés savantes se sont occupées de la question, et d'autre part que, d'après la loi de 1892, le dentiste doit maintenant être *technicien anesthésiste*. Nous ne restons donc pas indifférents à ces questions, nous ne restons pas indifférents non plus à l'intervention de

M. Friteau, et à la communication de M. Pinet, mais je demande que nous attendions que la communication de M. le Dr Pinet paraisse et que nous ajournions la discussion à la prochaine séance, car c'est là une grosse question dans nos occupations et je crois que nous ne saurions mieux employer notre temps.

Je voudrais ajouter un mot encore à ce propos. M. le Président pourrait, et c'est mon plus vif désir, prier, dès maintenant, nos confrères de s'inscrire pour la discussion de la prochaine réunion, on pourrait porter sur l'ordre du jour, les noms de deux ou trois orateurs, de cette façon, chacun aurait le temps nécessaire pour étudier sa communication.

*M. Roy.* — Je suis d'autant plus de l'avis de M. Godon qu'il entrait dans mes projets de provoquer l'étude dans le courant de l'année d'un certain nombre de questions qui nous préoccupent plus particulièrement soit en raison de leur actualité, soit en raison de leur importance, et de prier l'un de nous de vouloir bien se charger d'étudier spécialement la question et de nous présenter un travail qui, après publication, ferait l'objet d'une discussion approfondie.

Je suis très heureux que, pour la première fois que j'ai l'honneur de présider cette Société, nous ayons eu deux questions aussi intéressantes, celle de l'extraction symétrique de la dent de six ans et celle de la chloroformisation en art dentaire. Cette dernière question est d'une certaine gravité et préoccupe non seulement les dentistes, mais les médecins. En parcourant la collection de notre journal pour lire les procès-verbaux de la Société d'il y a vingt ans, j'ai trouvé justement aussi les comptes rendus de l'Académie de médecine et de la Société de chirurgie où, il y a exactement vingt ans, la question de la chloroformisation était également à l'ordre du jour, et j'ai pu constater que les discussions d'alors étaient à peu près les mêmes qu'aujourd'hui ; seuls les orateurs étaient différents, puisque beaucoup de ceux qui prenaient la parole à cette époque sont morts aujourd'hui.

Je crois qu'il y a un point qu'il ne faut pas oublier, c'est que, dans toute anesthésie générale, il y a un danger à courir. Il a été établi un grand nombre de statistiques dont certaines portent sur un nombre considérable d'opérations, sur vingt, trente mille cas d'anesthésie ; eh bien ! même les statistiques les plus favorables, constatent un cas de mort sur deux mille anesthésies. La question peut donc se poser ainsi : un dentiste à moins de circonstances particulières doit-il exposer son malade à ce 1/2000 de chance de mort pour une extraction de dent s'il peut obtenir l'anesthésie locale d'une façon convenable ?

Je pense qu'en raison de l'heure avancée vous serez d'avis de renvoyer la suite de cette discussion à la prochaine séance, ainsi que la

communication de M. le Dr Pont, et les diverses présentations d'outillage qui devaient être faites.

La séance est levée à 11 heures 40.

*Le Secrétaire général,*
TOUVET-FANTON.

M. Friteau ayant pris connaissance des épreuves en sa qualité de membre du Comité de rédaction nous adresse à ce sujet la lettre suivante :

Paris, le 30 avril 1902.

Monsieur le Rédacteur,

Je viens de lire avec beaucoup d'intérêt l'article de mon excellent confrère, le Dr Pinet, qui me paraît moins *alarmiste* que dans sa communication orale.

Je n'étais pas seulement intervenu dans la discussion pour soutenir que les dangers de la chloroformisation en art dentaire n'étaient pas aussi effrayants que le disait M. le Dr Pinet ; j'étais surtout intervenu pour exposer brièvement les avantages et la moindre innocuité de la *méthode des gouttes* que j'emploie à l'Ecole dentaire depuis trois années : mon intervention aura eu un excellent résultat puisque, dans son article, le Dr Pinet écrit (page 374) que « le procédé des gouttes est de beaucoup le meilleur ». Il sera donc bon que ce *meilleur procédé* soit longuement exposé ici ; je le ferai bientôt dans le journal et à la société en exposant les indications du chloroforme en art dentaire.

Agréez, monsieur le Rédacteur, l'assurance de mes sentiments les meilleurs.

Dr FRITEAU.




*L'Odontologie fait traiter ici par son collaborateur spécial les questions de jurisprudence que ses lecteurs désirent faire élucider.*

OUVRIERS. — ACCIDENT. — RISQUE PROFESSIONNEL. — LOI DU 9 AVRIL 1898. — DENTS BRISÉES. — FRAIS MÉDICAUX. — SOINS SPÉCIAUX. — CHIRURGIEN-DENTISTE. — TARIF DÉPARTEMENTAL.

*Tribunal de paix de Courbevoie*, 18 mai 1900.

Les frais de maladie auxquels l'ouvrier blessé a droit en vertu de la loi du 9 avril 1898 comprennent ceux qui ont trait, non seulement aux soins médicaux essentiels, mais encore aux soins médicaux accessoires donnés par des spécialistes, notamment par un chirurgien-dentiste, dans le cas d'un ouvrier qui a eu les dents arrachées ou cassées.

Dans les départements où il n'existe pas de tarif pour l'assistance médicale gratuite (spécialement dans le département de la Seine), les frais médicaux dont le remboursement est dû à l'ouvrier qui a choisi lui-même son médecin doivent être fixés aux taux les plus réduits et usités pour la clientèle ouvrière.

*(Chassaing c. Chouteau.)*

*Note.* — Le recueil *Dalloz* (1901, 2e partie, p. 68), en reproduisant cette solution, qu'il trouve d'ailleurs équitable, ajoute qu'il faut seulement éviter des interventions de spécialistes qui ne seraient pas justifiées par une nécessité matérielle.

Comme il s'agissait de dents brisées, cet excès de prudente réticence était-il vraiment à sa place ?

F. W.

---

SYNDICATS PROFESSIONNELS. — MÉDECINS, CHIRURGIENS, DENTISTES. — DÉFENSE DES INTÉRÊTS PROFESSIONNELS. — LOI DU 21 MARS 1884. — LOI DU 30 NOVEMBRE 1892. — ASSOCIATION AVEC D'AUTRES PERSONNES. — PHARMACIENS. — INTERDICTION.

*Cour de cassation (crim.)* : 28 février 1902.

En permettant aux médecins, chirurgiens, dentistes et sages-femmes, de se constituer en associations syndicales, dans les condi-

tions de la loi du 21 mars 1884, pour la défense de leurs intérêts professionnels, c'est-à-dire d'intérêts autres que les intérêts industriels, commerciaux ou agricoles, la loi du 30 novembre 1892 a, dans son article 13, statué par voie de disposition rigoureusement exceptionnelle, dont les termes ne permettent pas d'autoriser les personnes qui y sont dénommées à se syndiquer avec d'autres personnes (dans l'espèce, des pharmaciens), exerçant des métiers similaires ou des professions connexes, au sens de l'article 2 de la loi du 21 mars 1884.

Rejet du pourvoi formé contre l'arrêt de la Cour de Douai du 11 novembre 1901 (Coppens et autres).

*Note.* — *La Gazette des tribunaux* (14 mars 1902) donne l'arrêt rendu sur le pourvoi formé contre l'arrêt de la *Cour de Douai* du 11 novembre 1901, que nous avons apprécié dans *L'Odontologie* (1902, I, 83). Notre système n'a pas prévalu ; mais nous n'en persistons pas moins dans notre opinion. L'interprétation étroite que fait la Cour suprême de la loi du 21 mars 1884 en réduit singulièrement la portée.

F. W.



## INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Notre excellent confrère M. Baruch, président de l'Association générale des dentistes de Belgique, vient de publier dans le *Bulletin* de cette société un très intéressant article sur la coopération (on sait qu'une coopérative de dentistes existe à Bruxelles). Nous reproduisons cet article tout d'actualité pour les membres de l'Association générale des dentistes de France par suite de la création de la Société coopérative des dentistes de France dont ils viennent d'être informés.

### La Coopération.

Tous les progrès se sont accomplis par l'association.

On peut donc répéter justement, avec Jules Simon, « que si nous avons besoin les uns des autres pour supporter la vie, ce qui est vrai à cause de nos souffrances, nous avons encore plus besoin les uns des autres à cause de notre faiblesse, pour opérer le progrès, pour triompher de l'obstacle... Le mot d'ordre de l'humanité est association ».

La grande industrie a été créée par l'association.

Les capitalistes se groupent tous les jours pour mener à bien des travaux considérables.

Les ouvriers belges, s'inspirant de l'exemple célèbre des *Équitables pionniers de Rochdale*, ont couvert le pays de coopératives et recruté des adhérents par milliers.

Les professions libérales, qui se sont montrées si longtemps réfractaires, semblent enfin vouloir nous suivre et entrer dans le mouvement avec nous. On nous annonce en effet la création d'une coopérative de médecins. On peut donc prédire que, dans un temps prochain, les non-coopérateurs seront l'exception. L'obstructionisme ne se comprend pas.

Que les écoles socialistes se disputent sur le point de savoir si la coopération doit être considérée comme un moyen ou comme un but, c'est là une question théorique qui n'a guère d'importance. But ou moyen, la coopération rend des services immédiats aux coopérateurs.

Que faut-il de plus pour expliquer et justifier son succès ?

En Angleterre les dentistes et les mécaniciens réunirent le capital nécessaire à la création d'une maison de dépôt et d'une fabrique sous le nom : *The Dental Manufactoring C^o L^td*, bien connu des membres de la profession.

En Espagne se fonda aussi une société semblable sous le nom de *Compania Dental Española*, puis en Finlande, en Autriche et, plus récemment, à Berlin.

La coopération atteint un double résultat : amélioration des conditions matérielles des associés d'abord et, par suite possibilité d'amélioration de la condition intellectuelle et morale.

Cette constatation fait comprendre que l'esprit d'association se soit emparé du monde moderne.

Cet esprit, il faut l'encourager chaque fois qu'il respecte les droits d'autrui et s'inspire de principes justes.

L'association, dans ces conditions, engendre la fraternité et la solidarité.

Il est dans la nature humaine de chercher à s'élever, et l'homme a compris qu'isolé il était réduit à l'impuissance.

Il a trouvé dans l'association le secret pour vaincre.

*
* *

Il y a diverses branches de coopératives. Le mécanisme des coopératives d'achats est des plus simples. Que cherchent les acheteurs ? A réaliser des économies.

Pour atteindre ce but, les associés, les coopérateurs, font *en gros* tous leurs approvisionnements ; ils les revendent ensuite *au détail* à eux-mêmes.

Le bénéfice de l'opération consiste dans l'écart qui existe entre le prix d'achat en gros et celui de vente en détail.

On sait que cet écart atteint parfois des proportions énormes. A ce point qu'on a vu des coopératives de consommation, d'achats établir, avec les bénéfices réalisés au bout de quelques années, des coopératives de production.

Les *Equitables pionniers* de *Rochdale* ont débuté avec 700 francs. Leur caisse renferme aujourd'hui, malgré toutes les épreuves traversées, des millions.

En Angleterre encore, à Londres, une association qui encaisse par an plus de 100,000 francs a commencé avec une pièce de 5 francs. Avec cette modique somme on acheta en gros une livre de thé qu'on revendit au détail. Le produit de la vente servit à renouveler l'approvisionnement ; à chaque opération on déduisait les bénéfices pour les mettre en réserve et capitaliser.

Nous pourrions citer cent exemples : tous prouvent que l'avenir est à l'association, à la coopération.

Là est le secret de la prospérité, secret bien vieux en vérité.

Ne trouve-t-on pas, en effet, la première étape de l'association dans la famille ?

Après la famille est venue la tribu.

Les groupes de tribus formant nation ont suivi.

Qu'est-ce que la Belgique, sinon une association formée pour la défense de tous ses membres ?

J. Baruch.




*Sous cette rubrique nous publions tous les documents de nature à intéresser nos lecteurs et nous nous tenons à la disposition des divers* GROUPEMENTS PROFESSIONNELS *pour insérer toutes les communications qu'ils désirent porter à la connaissance du public professionnel.*

## FÉDÉRATION DENTAIRE NATIONALE

Siège Social
45, rue de La Tour-d'Auvergne
PARIS

Paris, 20 avril 1902.

Monsieur le Président,

J'ai l'honneur de vous faire connaître que les Sociétés dentaires parisiennes offriront à la Fédération, à l'occasion de sa réunion du mois prochain à Paris, une fête les samedi 24 et dimanche 25 mai.

Cette fête, dont le programme vous sera adressé ultérieurement, comprendra notamment le 24, un banquet qui aura lieu à 7 h. 1/2 du soir, après la réunion de la Fédération, fixée à cinq heures.

Dans cette réunion seront examinées et discutées diverses questions importantes telles que l'enseignement dentaire, les examens et le diplôme de chirurgien-dentiste et le service militaire des étudiants en dentisterie.

Le dimanche matin il sera fait des démonstrations pratiques dans une des deux Ecoles dentaires, et, après un déjeuner en commun, les membres de la Fédération visiteront ces Ecoles.

Au cas où tous les délégués de votre Société à la Fédération ne pourraient pas assister à la réunion et à la fête, je vous serai obligé de vouloir bien désigner spécialement un ou plusieurs d'entre eux pour y représenter votre Association, avec prière de m'en indiquer les noms à l'avance.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'expression de mes sentiments les plus distingués.

*Le Secrétaire général,*
EM. SAUVEZ.

---

## FÉDÉRATION DENTAIRE NATIONALE

### Session de Paris

*Séance du samedi 24 mai 1902, à 4 h. 1/2.*

Ordre du jour :

1° Procès-verbal.
2° Correspondance.
3° Vérification des pouvoirs des délégués.
4° Rapport de M. Sauvez, secrétaire général.
5° Rapport de M. Stévenin, secrétaire adjoint, trésorier.
6° Constitution des diverses commissions.
7° Examen des réponses des écoles aux vœux d'Ajaccio.
8° Vœux et rapports de la Commission d'enseignement.
9° Vœux et rapports de la Commission d'hygiène et des services dentaires publics.
10° Du service militaire des dentistes et des étudiants en dentisterie.
11° Nomination du Comité exécutif pour 1902-1903.
12° Vœux et propositions diverses.

---

## FÉDÉRATION DENTAIRE NATIONALE

### Commission d'enseignement

*Séance du jeudi 15 mai, à 8 h. 1/2 du soir, à l'Ecole dentaire de Paris.*

Ordre du jour :

1° Constitution du bureau.
2° Correspondance.
3° Vœux d'Ajaccio.
4° Questions mises à l'étude pour la session de la Commission internationale d'enseignement à Stockholm.
5° De la Fédération des écoles dentaires françaises.
6° Propositions diverses.

---

## FÉDÉRATION DENTAIRE NATIONALE

### Commission d'hygiène et des services dentaires publics.

*Séance du jeudi 15 mai, à 8 h. 1/2 du soir, à l'Ecole dentaire de Paris.*

Ordre du jour :

1° Constitution du bureau.
2° Correspondance.
3° Des services dentaires dans les établissements scolaires et dans les établissements d'assistance publique et privée.
4° Du service militaire des dentistes et des étudiants en dentisterie.
5° Propositions diverses.

**CONGRÈS DE MONTAUBAN**
7-14 août 1902

ASSOCIATION FRANÇAISE
Pour l'Avancement des Sciences
Fusionnée avec l'Association scientifique de France
Reconnues d'utilité publique.
Secrétariat : 28, rue Serpente.
(A. F. A. S.)

Paris, 1er avril 1902.

Monsieur et cher confrère,

J'ai l'honneur de solliciter votre adhésion à la Section d'Odontologie de l'Association française pour l'avancement des sciences.

Cette grande association tiendra sa session générale annuelle du jeudi 7 au jeudi 14 août 1902, à Montauban.

Appelé par le vote des membres présents à la réunion d'Ajaccio, de l'année dernière, à organiser et à présider les travaux de la Section d'Odontologie pour 1902, je compte m'inspirer uniquement du but de l'Association tel qu'il est défini dans l'article premier du Règlement :

« Favoriser, par tous les moyens en son pouvoir, le progrès et la » diffusion des sciences au double point de vue du perfectionnement » de la théorie pure et du développement des applications pratiques. »

Dans ce but, je viens faire appel aux diverses Sociétés dentaires de France, à leurs membres et à tous les dentistes de notre pays pour les inviter à adresser leur adhésion et à envoyer des communications, des démonstrations et des présentations.

J'ai pu m'assurer, dans un voyage récent, de la présence à ce Congrès d'un grand nombre de membres éminents de tous les points de France, et de la collaboration effective de divers groupements importants.

La Société des dentistes du Midi, dont le siège est à Toulouse, ville voisine de Montauban, a bien voulu se mettre à la disposition de la Section pour l'organisation des démonstrations pratiques.

Cette réunion de l'Association constituera donc un véritable Congrès dentaire national, faisant suite à ceux de Bordeaux, de Nancy et de Lyon, et nous sommes presque assurés d'avance d'un succès analogue à celui de ses devanciers.

Indépendamment de l'utilité morale qu'il y a pour nous, dentistes, à entrer dans cette Société, dont font partie les savants les plus illustres de France, nous ne pouvons passer sous silence quelques-uns des principaux avantages matériels que l'Association accorde à ses membres moyennant une cotisation modique : droit au livre annuel des comptes rendus de toutes les sections ; réduction considérable sur les chemins de fer au moment du Congrès ; participation à divers avantages de l'Association avant, pendant et après le Congrès.

Je crois inutile d'insister, d'autre part, sur l'importance qu'il y a, pour les dentistes, à assurer par leur adhésion et leur présence le succès de cette Section d'Odontologie, créée l'année dernière grâce à l'initiative incessante de notre distingué confrère, le Dr Godon, car cette création est une véritable consécration de l'autonomie de l'Odontologie, autonomie que cette science doit au degré de développement qu'elle a atteint à l'aurore du xxe siècle.

Dans l'espoir que vous voudrez bien vous inscrire pour collaborer à la réunion de Montauban, je vous prie d'agréer, monsieur et cher confrère, l'assurance de mes meilleurs sentiments.

*Le Président de la Section d'Odontologie,*
EM. SAUVEZ,
Professeur à l'Ecole dentaire de Paris,
Dentiste des Hôpitaux de Paris.

P.-S. — Prière d'envoyer son adhésion au plus tôt pour recevoir le Bulletin de l'A. F. A. S. qui fera connaître les questions mises à l'ordre du jour, le programme des excursions, les réductions diverses, en un mot les divers détails d'organisation utiles à connaître pour le Congrès de Montauban.

*Adresser les lettres,* soit à M. le Dr Sauvez, 17, rue de Saint-Pétersbourg, Paris-8e.

Soit au secrétaire du Conseil de l'Association, 28, rue Serpente, Paris-6e.

*Programme de la session*

Jeudi 7 août : ouverture du Congrès à Montauban.
Vendredi 8 août. — Séances de sections.
Samedi 9 août. — Séances de sections.
Dimanche 10 août. — Excursion générale.
Lundi 11 août. — Séances de sections.
Mardi 12 août. — Excursion générale.
Mercredi 13 août. — Séances de sections.
Jeudi 14 août. — Séance de clôture.

Ce programme pourra subir des modifications de détail ; elles seront, en tous cas, indiquées dans les bulletins journaliers publiés pendant le Congrès.



## CORRESPONDANCE

8 avril 1902.

Monsieur le Dr Godon, Directeur de *L'Odontologie*.

Honoré confrère,

Le désir exprimé par M. Hirschfeld de voir traduire en langue française le manuel du Dr Bruck, de Breslau, (*L'Odontologie* du 30 mars) me suggère une idée, qui serait appelée, je crois, à rendre de grands services à notre profession, et plus spécialement encore à la Fédération dentaire internationale.

Il n'est donné qu'à un très petit nombre d'être polyglottes, voire même de posséder les trois langues les plus importantes : le français, l'allemand, l'anglais — je me place au point de vue universel — sans l'aide d'un dictionnaire.

Or, depuis quelques années, une nouvelle langue se fait jour, et son succès, qui va toujours grandissant, doit, à juste titre, rendre fier son innovateur le docteur Zamenhof, et son ardent propagateur en France, M. de Beaufront : je parle de « l'Esperanto ».

Née d'hier, l'Esperanto compte, non seulement en France, mais dans l'Europe entière et quelques Etats d'Amérique, de nombreuses sociétés dont les adhérents se chiffrent par milliers.

Pour ne parler que de notre pays, à Paris, les cours ouverts par M. Clarac au lycée Charlemagne, Cart au lycée Condorcet, Gabriel Chavet, secrétaire du groupe espérantiste, sont très prospères. Il en est de même à Lyon, à Dijon, à Besançon, etc., où des cours ont été ouverts sous le haut patronage de recteurs de l'Université et de sommités des lettres et des sciences.

Le Touring Club de France, qui a tant fait, déjà, pour faciliter les relations internationales, n'a pu laisser échapper une si belle occasion de démontrer une fois de plus son inépuisable activité, et patronne un certain nombre de cours à Paris et en province.

Ces cours sont faits, en majeure partie, sur le modèle de celui de M. Cart, et sont complets en dix leçons : c'est dire que l'effort de mémoire à faire n'est pas bien pénible Le coût par correspondance en est de 5 francs.

Notons que les ouvrages déjà publiés : grammaire, dictionnaire, exercices, sont édités chez Hachette et traduits dans les principales langues.

Chacun peut du reste se convaincre de l'extrême simplicité et de la beauté du nouveau langage, en se faisant adresser par M. René Lemaire, secrétaire pour la propagation de la langue Esperanto à Epernay, Marne, le petit opuscule y ayant trait (coût 0,25 cent.).

Ne pensez-vous pas, Monsieur le Directeur, qu'en favorisant par des cours la propagation de l'Esperanto dans le monde dentaire on donnerait à la Fédération dentaire internationale une impulsion qu'elle ne connaîtrait pas avant longtemps, vu la multiplicité des idiomes ?

Une revue dentaire, organe de la Fédération, pourrait être créée sans retard. D'autre part, l'auteur d'un ouvrage n'hésiterait pas à le faire publier dans la langue adoptive, certain qu'il serait de son écoulement. Votre bienveillant appui, Monsieur le Directeur, serait en cette circonstance, comme en tant d'autres, un sûr garant du succès de la proposition que j'ai l'honneur de vous soumettre.

Veuillez agréer, Monsieur le Directeur et honoré confrère, l'expression de ma considération distinguée.

P. SCHOULL.



# NÉCROLOGIE

## M. HIRSCH WEIL

On annonce le décès de M. Hirsch Weil, membre de l'Association générale des dentistes de France depuis de longues années, l'un des associés de la maison de fournitures dentaires Victor Simon et gendre de M. Victor Simon.

Nous adressons nos condoléances à sa famille.



# NOUVELLES

## Société des dentistes du Sud-Ouest.

La Société des dentistes du Sud-Ouest, dont le siège est à Bordeaux, 10, place Fondandège, a procédé dans sa séance du 7 janvier dernier à la nomination et à l'installation de son bureau.

Ont été nommés :

| | |
|---|---|
| Président d'honneur, | MM. le Dr Guénard. |
| Président, | Mirebeau. |
| Vice-Président, | Gautier. |
| Secrétaire général, | Rousset. |
| Secrétaire-adjoint, | Brugeille. |
| Membres du Conseil de famille, | Fontaine et Pascarel. |

---

## Congrès dentaire italien.

Le 1er Congrès dentaire national italien tenu à Naples en juillet 1900 avait décidé qu'un second Congrès aurait lieu à Rome en 1902. Le Comité d'organisation, composé des dentistes romains présents à la réunion de 1900, a décidé que ce Congrès se tiendra à la polyclinique de Rome le 31 mai prochain. Un certain nombre de communications sont déjà annoncées.

---

## Dentistes dans la marine militaire américaine.

Une proposition de loi a été présentée au Sénat des Etats-Unis en vue de la création d'un corps de dentistes qui seraient attachés à l'armée de mer. Cette proposition, déposée au Sénat le 8 janvier dernier, a été renvoyée à la Commission de la marine.

---

## Conférence sur l'hygiène de la bouche.

Une conférence sur *la bouche et les dents* a été faite le 19 février dernier dans le 18e arrondissement par M. Victor Conte, membre de l'Association générale des dentistes de France, à l'Association polytechnique où il est professeur d'hygiène et secrétaire de section.

Cette conférence était accompagnée de projections lumineuses représentant des opérations dentaires, des cultures des principaux microbes de la bouche, des coupes de dents, des modèles sans dentiers et avec dentiers démontrant l'avantage des dents artificielles au point de vue esthétique et pour les besoins de la mastication.

---

### Nominations.

Notre directeur, M. Ch. Godon et notre confrère M. Roy, ont été nommés membres honoraires de l'Association des dentistes danois dans l'assemblée extraordinaire du 7 avril 1902.

---

## DERNIÈRE HEURE

### Concours pour la nomination de dentistes des hopitaux.

Un concours a été ouvert à l'Assistance publique le 1er mai pour la nomination de dentistes des hôpitaux.

Le jury était composé de MM. Quénu, chirurgien des hôpitaux, président ; Combes et Queudot, dentistes des hôpitaux ; Routier chirurgien des hôpitaux et Béclère, médecin des hôpitaux.

Les candidats étaient MM. Bourbon, Capdepont, Farge, Gires, Lebedinsky, Noguès, Page et Robin.

Le sujet tiré au sort entre trois était : des adénites cervicales aiguës.



# TRIBUNE OUVERTE.

## QUESTIONS ET RÉPONSES.

N. B. Nous sommes à la disposition de nos lecteurs pour publier les questions qui nous seront adressées et nous serions heureux que cette insertion provoquât des réponses, que nous accueillerons tout en *déclinant toute responsabilité au sujet des opinions émises.*

Toutefois nous ne pouvons donner suite qu'aux questions ou réponses signées; mais la publication peut en être faite sous un pseudonyme choisi par l'auteur. *Prière de ne pas insérer ces communications dans le corps d'une lettre, mais sur feuillet spécial écrit d'un seul côté.*

**?** N° 172. — *A quoi faut-il attribuer la teinte rougeâtre que prennent certaines dents anglaises après le travail de la soudure?* J. P.

**?** N° 190. — *Y a-t-il différentes qualités de dents artificielles d'une même marque? Les fournisseurs peuvent-ils ainsi acheter des dents de qualité inférieure, ce qui expliquerait le grand nombre de fractures des dents artificielles?*

A. A.

**?** N° 193. — *Quels sont les traités et manuels sur l'Orthodontie et les redressements les plus importants en* FRANÇAIS, *en* ALLEMAND *et en* ANGLAIS?

Dr H.

**?** N° 197. — *L'opération du bec-de-lièvre par la méthode Brophy a-t-elle été faite à Paris et par qui? Quel âge est exigé pour cela?* E.

**?** N° 199. — *Mes confrères ne sont-ils pas d'avis comme moi de donner une forme carrée ou triangulaire aux têtes des crampons pris dans la porcelaine des dents? — La force de ces crampons ayant beaucoup diminué depuis quelque temps, il s'ensuit qu'avec leurs têtes rondes ils tournent et se déprennent avec une grande facilité?* A. D.

**?** N° 200. — *Le* Dental Cosmos *de décembre 1899 a reproduit une gravure du buste d'Horace Wells? Où peut-on trouver une photographie ou une meilleure gravure de ce buste, ou quelque autre portrait de cette gloire de notre profession? Existe-t-il aussi des portraits de Jackson et de Morton?* R. B.

**?** N° 201. — *Au sujet de la patente et des contributions, un contrôleur me dit: « Le chirurgien-dentiste est imposé au 1/15 du droit proportionnel de l'habitation, ainsi du reste que celui qui fabrique, qui vend des râteliers, des dents tableau D. »*

*Le même contrôleur ajoute: « Les dentistes non pourvus de diplôme rentrent dans la 7e classe, mais vous vendez des dents; donc je vous fais figurer au tableau D. »*

*Très bien. Mais alors à qui pourrait bien s'appliquer dans la profession ce privilège, au point de vue de l'impôt, de figurer à la 7e classe? Le chirurgien-dentiste vend des dents, le patenté en vend, le mécanicien aussi. Quel est donc le dentiste « non pourvu de diplôme » qui peut bénéficier du privilège, dis-je, d'avoir des impôts moins lourds et qui ne vend pas de dents?* L. G.

*dentiste patenté.*

**?** N° 202. — *Un dentiste diplômé a-t-il le droit de se faire remplacer par un opérateur non diplômé, mais étudiant, en cours d'études et ayant deux années de scolarité?* H. A. J. K.

**?** N° 203. — *Un chirurgien-dentiste peut-il employer légalement le magnétisme comme agent anesthésique?* Robert M.

☞ *Réponse.* — Évidemment oui.

Le magnétisme est aujourd'hui, d'ailleurs, aux yeux de la jurisprudence, un véritable agent thérapeutique, et celui qui emploie des passes magnétiques pour atténuer ou guérir des malades se livre à un véritable traitement.

C'est dire que celui-là seul qui agirait en dehors des prescriptions de la loi du 30 novembre 1892 sur la médecine se rendrait coupable du délit prévu par l'article 16 de cette loi.

C'est ce qu'a décidé un arrêt de la cour de Rennes du 6 mars 1901 (V. aussi C. Paris, 19 juillet 1893 ; T. corr. Seine, 26 janvier 1893 ; T. corr. Le Mans, 18 mai 1894).

Et, tranchant la question de principe, la Cour de cassation (Ch. crim., arrêt du 29 décembre 1900) a décidé que le délit d'exercice illégal peut résulter de tout mode de traitement (et par conséquent du magnétisme), pourvu qu'il soit habituel ou suivi, encore qu'il n'y ait eu prescription d'aucun médicament ni recours à aucune opération chirurgicale.

Cependant la Cour d'Angers, par arrêt du 28 juin 1894, avait décidé que la loi de 1892 n'était pas applicable aux magnétiseurs, du moment qu'ils se limitaient à l'exercice de leurs pratiques, et la même Cour d'Angers, par arrêt du 23 juillet 1897, portait que, si, sous l'empire de la loi de ventôse an XI, on pouvait considérer comme exercice illégal de la médecine le fait par un individu non pourvu du diplôme de médecin de pratiquer des passes magnétiques, il n'en était plus de même depuis la loi de 1892, et que cette loi n'avait, en effet, admis comme passibles des peines qu'elle édictait que ceux qui, sans être munis d'un diplôme, prenaient part habituellement ou par médication suivie au traitement des malades, en exceptant même le cas d'urgence, et ce traitement, suivant elle, ne devait s'entendre que de l'emploi des moyens curatifs que la science médicale enseignait.

Nous nous rallions volontiers, pour notre part, à la thèse contraire de la Cour de cassation du 29 décembre 1900, rapportée plus haut.

F. W.

**?** N° 204. — *Un chirurgien-dentiste établi peut-il, dans certains cas, refuser de soigner un malade?* Robert M...

☞ *Réponse.* — L'exercice de la profession dentaire comme celui de la médecine est entièrement libre. Le dentiste n'est donc pas tenu légalement de prêter son ministère à toutes les personnes qui le demandent.

Sans doute, l'humanité et les devoirs moraux de sa profession l'obligeront presque toujours à ne refuser le concours de son art à aucun de ceux qui peuvent en avoir besoin ; mais la violation de cette obligation, si blâmable qu'elle soit, ne saurait entraîner l'application d'aucune peine.

On ne peut assimiler ce refus à celui d'un service public.

C'est ce qui a été décidé pour les médecins (et la situation est la même pour les dentistes) par des arrêts de Cassation du 29 fructidor an X, du 4 juin 1830, 6 août 1836, 9 septembre 1853 ; par décision de simple police de Rodez d'octobre 1880 ; par jugement du tribunal correctionnel de Rodez du 22 novembre 1889, et du tribunal correctionnel de Tongres (Belgique) du 28 juin 1844.

Il s'agissait, dans ce dernier cas, du refus opposé par un médecin accoucheur et la parturiente était décédée.

L'art. 475 C. pén prévoit cependant deux cas où le refus ne saurait être opposé à une réquisition de justice : celui de flagrant délit et celui de calamité publique (V. Cass., 6 août 1836 et 9 septembre 1853), et l'article 15 de la loi de 1892 oblige à déclarer à l'autorité publique les cas de maladies épidémiques.

— Il va de soi, d'ailleurs, que si l'homme de l'art, après avoir promis ses soins, refuse sans motif plausible, ou néglige de soigner le malade, il peut être condamné au paiement d'une indemnité, non qu'il y ait délit civil ou quasi-délit (art. 1382... C. civ.); mais il y a là inexécution d'une obligation de faire : engagement contractuel non tenu ou mandat non rempli.

Mais alors le malade devra prouver l'engagement pris et le préjudice causé par l'inexécution (V. C. Amiens, 16 novembre 1857). F. W.

**?** N° 205. — *Combien y a-t-il de dentistes établis : 1° dans toute la France et 2° à Paris seulement?*

**?** N° 206. — *Un dentiste patenté en 1890, mais ayant cessé d'exercer en 1891, peut-il s'établir aujourd'hui?*

22e ANNÉE. N° 9 15 MAI 1902 VOL. XXVII




**L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.**

## Travaux Originaux

# CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU SOMNOFORME

Par le Dr PINET, professeur d'anesthésie à l'École dentaire de Paris,
et CH. JEAY, chef de Clinique à l'École dentaire de Paris.

M. le Dr Rolland[1], se basant sur des recherches physiologiques et cliniques très étudiées, présente comme anesthésique général le somnoforme, mélange ainsi composé :

| | |
|---|---|
| Chlorure d'éthyle | 60 o/o. |
| Chlorure de méthyle | 35 o/o. |
| Bromure d'éthyle | 5 o/o. |

Avec le somnoforme il n'y a à craindre, d'après l'auteur, aucun des accidents du chloroforme ou de l'éther par exemple, accidents imputables soit à l'irritation du trijumeau ou du laryngé supérieur, soit à l'intoxication ou à l'aphyxie.

Le somnoforme n'est pas irritant ; en outre, très volatil, il s'élimine rapidement, « le mélange gazeux pénètre dans l'organisme et en sort comme l'oxygène du sang, comme les gaz du sang. Il effleure le globule du sang. Sur la cellule nerveuse son action est aussi efficace que directe. »

1. Rolland, Congrès d'Ajaccio, 10 septembre 1901.

Cette élimination facile des mélanges gazeux, le peu d'action profonde sur les éléments nerveux, permettent de faire plusieurs anesthésies successives dès que le patient se réveille.

Le malade n'est pas obligé d'être à jeun, et, si M. Touvet-Fanton a observé quelques cas de céphalée consécutive, M. le Dr Rolland ne les a pas observés.

Quant aux contre-indications, M. le Dr Rolland arrive « presque à pouvoir répondre » qu'il n'y en a pas.

M. Jeay et moi nous avons expérimenté le somnoforme à l'École dentaire de Paris et nous publions ci-après les observations de nos malades.

*Obs. I.* — Jeune homme de 22 ans, très robuste, non alcoolique, très calme. On applique le masque, 5 cc. de somnoforme. Après quelques inspirations, le patient a le visage congestionné, crie et se débat tellement que plusieurs aides ont peine à le maintenir, la période d'excitation est des plus violentes, puis il tombe aussitôt en résolution. Ronflement.

L'extraction se fait sans douleur.

Le réveil se fait lentement, le regard est vague, puis la physionomie reprend l'aspect normal.

*Obs. II.* — Jeune homme 23 ans. Bien constitué.

Dose 5 o/o. Le masque est appliqué pendant 30″. Vaso-dilatation de la face. Résolution musculaire d'emblée.

L'anesthésie dure 40″. Rien du côté de la pupille ni du pouls.

*Obs. III.* — Jeune homme 20 ans.

Dose 5 cc. Durée de l'application du masque 40″. Durée de l'anesthésie 12″. Extraction de deux dents. Nouvelle application du masque. Le malade s'endort comme précédemment. Le visage rosé. Ni cris ni contractures. Résolution musculaire d'emblée. Extraction de deux autres dents. Aucune douleur. Réveil rapide. Aucun malaise.

*Obs. IV.* — Dlle 27 ans. Très calme. Pas de nervosisme.

Durée de l'application du masque 30″. Durée de l'anesthésie 20″. Après quelques inspirations, la malade se débat, crie, et ses membres inférieurs sont le siège de mouvements rhythmés (mouvements de rémouleur.)

Légère contracture des membres supérieurs, qui cesse rapidement.

Le réveil est pénible. La malade se sent fatiguée. Nausées. (La malade avait pris un peu de café au lait trois heures avant l'anesthésie).

Aucune douleur.

*Obs. V.* — D[lle] 22 ans.

Durée d'application du masque, 30″. Durée de l'anesthésie, 1′. Sommeil parfait et réveil sans aucun trouble. Extraction de trois dents.

*Obs. VI.* — D[lle], 22 ans, très impressionnable, sans être névrosée.

Durée d'application du masque, 50″. Dès l'application du masque, légers mouvements de défense, puis cris violents, contracture des membres supérieurs, les doigts écartés: mouvements désordonnés des membres inférieurs. Dilatation pupillaire. Résolution.

Durée de l'anesthésie 60″. Le réveil se fait lentement. Pâleur de la face succédant à la vaso-dilatation du début.

*Obs. VII.* — Jeune homme, 23 ans, pompier.

Etat général bon, se plaint de digérer difficilement. A pris le matin un verre de lait.

Somnoforme, comme dans les autres observations, 5 cc.

Le sommeil s'obtient d'emblée. Anesthésie médiocre. Vaso-dilatation de la face.

Au réveil le patient se plaint de vives douleurs de l'estomac, la face est pâle, le pouls petit.

Sensations vertigineuses. Le malade est étendu sur un lit.

Cet état de malaise aigu dure 3/4 d'heure, puis le malade part pour la caserne encore très souffrant.

*Obs. VIII.* — M..., 25 ans, aucune tare.

Durée d'application du masque, 1′. Durée de l'anesthésie, 85″. Extraction d'une dent de sagesse.

Pouls et respiration accélérés au début, puis faiblesse et irrégularité du pouls.

Légère contracture des membres supérieurs. Ronflement, puis résolution musculaire. Extraction d'une dent de sagesse. Le malade a souffert légèrement, dit-il.

Quelques secondes avant le réveil, contracture des membres et du tronc.

*Obs. IX.* — D[lle], 30 ans. Somnoforme malgré les règles.

Application du masque, 48″. Durée de l'anesthésie, 50″.

Au début de l'application du masque, irrégularité et faiblesse de pouls passagères. Puis le pouls devient plein et régulier. Légère accélération respiratoire.

Le sommeil s'est produit sans contracture, les yeux seuls convulsés en haut.

Dilatation pupillaire. Vaso-dilatation de la face.

Peu avant le réveil contracture des membres supérieurs, les doigts écartés.

*Obs. X.* — Femme, 26 ans. Crises de nerfs antérieures.

On applique le masque pendant 30″.

Peu après le début, cris violents rhythmés. Mouvements rhythmés très rapides des membres inférieurs. Contracture des membres supérieurs, puis résolution musculaire. Extraction de trois dents.

La malade ouvre les yeux; ceux-ci ont une expression vague, et aussitôt, cris et mouvements désordonnés qui nécessitent une contention énergique.

*Obs. XI.* — M..., 30 ans. Bonne constitution, non alcoolique, très calme.

Durée d'application du masque 2′. Résolution musculaire sans excitation préalable. Durée de l'anesthésie 1′.

Le patient entre aussitôt dans un accès de fureur indescriptible.

Coups de pieds, coups de poings, injures. Les élèves de service ne peuvent le maîtriser.

Debout au milieu de la salle d'opérations il veut s'élancer pour frapper, quand, brusquement, les yeux reprennent leur aspect normal, le malade sourit, reprend tout son calme et me dit : « C'est singulier, je rêvais que je me battais avec un individu qui m'en voulait. »

Cet homme n'était ni alcoolique ni névrosé.

Le Dr de Crésantignes présent et nous, nous l'avons examiné à ce sujet.

*Obs. XII.* — Dlle, 22 ans. Nerveuse.

Durée d'application du masque, 30″. Durée de l'anesthésie, 2′. Extraction de deux dents. Aucune période d'excitation. Réveil rapide et sans aucun trouble.

*Obs. XIII.* — Dlle 20 ans.

Durée d'application du masque, 28″. Durée de l'anesthésie, 1′.

Après quelques inspirations, cris rhythmés. Contracture des bras en avant cessant rapidement pour faire place à la résolution. Anesthésie peu forte. La malade dit avoir senti légèrement l'extraction.

*Obs. XIV.* — Dlle, 29 ans. Nerveuse.

Peu après l'application du masque, légère agitation, puis la respiration s'arrête en inspiration. Le pouls est petit.

On retire le masque et la respiration reprend au bout de 10″. Pâleur de la face. La malade se plaint d'étourdissements.

On laisse un certain repos et l'on applique à nouveau le masque, avec 5 cc. de somnoforme pendant 40″.

La résolution musculaire se fait d'emblée. Vaso-dilatation de la face.

L'anesthésie dure 1′ 1/2. Aucune douleur et aucun malaise consécutifs.

*Obs. XV.* — D^lle 28 ans, très impressionnable, mais ne présentant pas les stigmates de l'hystérie. On administre le protoxyde d'azote jusqu'à résolution. On applique le davier, mais la malade se réveille aussitôt. Après une 1/2 h. de repos, on administre du somnoforme 5 cc.

Durée d'application du masque, 40″. Durée de l'anesthésie, 30″.

L'extraction de la dent se fait sans que la patiente manifeste la moindre douleur. Puis les yeux deviennent hagards. La malade pousse des cris violents, incohérents. Mouvements désordonnés du corps sans tonisme ni clonisme.

Le malade représente une personne qui se débat follement.

Puis peu à peu les yeux reprennent leur habitus normal et tout rentre dans l'ordre.

*Obs. XVI.* — D^lle, 20 ans.

Durée de l'application du masque, 1′. Durée de l'anesthésie, 1′ 1/2. Extraction de deux dents. Pas de douleur.

*Obs. XVII.* — M..., 27 ans.

Durée de l'application du masque, 45″.

La résolution musculaire est obtenue sans secousses, on retire le masque.

Extraction de la dent sans que le malade se plaigne. Durée de la résolution, 10″.

Au réveil le malade nous dit n'avoir senti aucune douleur, mais avoir senti la pénétration du davier et la dent sortir de l'alvéole.

La sensation tactile persistait donc. Le malade nous dit aussi avoir entendu tout ce qui se disait (il l'a prouvé), mais que les voix lui paraissaient très éloignées, comme dans le téléphone.

*Obs. XVIII.* — D^lle, 27 ans, nerveuse.

Durée d'application du masque, 1′45″.

Une demi-minute environ après l'application du masque, la malade se débat et crie, puis les cris deviennent rhythmés et se transforment en une plainte continue.

La malade se débat, cyanose, le masque est retiré, bien que la résolution musculaire ne soit pas obtenue.

Extraction de trois dents, puis tout rentre dans l'ordre après 35″. La malade dit n'avoir ressenti aucune douleur.

*Obs. XIX.* — D^lle, 33 ans. Aspect fatigué. La patiente accuse de la faiblesse consécutive à une grippe.

Rien aux poumons. Rien au cœur, dont les battements sont régu-

liers et les bruits bien frappés. Le pouls est très bon. On donne le somnoforme (5 cc.), quoique après bien des hésitations.

Application du masque, 30″. Résolution musculaire. Pouls petit, joues décolorées. La malade se réveille lentement.

Elle se plaint de grande faiblesse, se laisse aller, le pouls est petit et le faciès est tiré.

Elle rentre chez elle engourdie, n'ayant pas les idées très nettes et a l'après-midi une syncope prolongée (syncope cérébrale) d'une heure environ. Le soir épistaxis. Le lendemain la malade sent de la faiblesse, mais les idées sont très nettes.

*Obs. XX.* — Femme, 30 ans, nerveuse.

Durée de l'application du masque, 1′.

Après quelques inspirations, plaintes continues, allant en s'accentuant jusqu'à la fin de l'opération.

Légère contracture des membres supérieurs, parfois mouvements cloniques des membres inférieurs. Puis, résolution musculaire. On opère malgré les plaintes. Le réveil se produisit au bout de 32″. La malade sourit et dit n'avoir ressenti aucune douleur.

*Obs. XXI.* — M..., 20 ans.

Le malade est poussé jusqu'à résolution musculaire.

Au réveil le malade dit n'avoir senti aucune douleur. Mais il a très nettement entendu les bruits extérieurs, il a senti l'extraction (non douloureuse) de la dent.

*Obs. XXII.* — Femme, 36 ans. Très nerveuse ; ainsi, à propos d'une contrariété, elle ressent une sensation de contraction épigastrique très pénible, ou bien la boule caractéristique. N'a jamais eu ni crise de nerfs, ni perte de connaissance. On administre le somnoforme (5 cc.)

Le réveil se fait vite, mais la malade a l'aspect angoissé, les tempes sont serrées comme dans un étau. Sensations vertigineuses.

La marche est indécise et chancelante.

La malade se plaint de fatigue générale, d'abattement. Sensations de brisures des membres.

Rentrée chez elle, la malade a conservé les mêmes symptômes pendant 24 heures.

Pendant les 8 heures qui ont suivi l'administration du somnoforme, la tête reste lourde avec tendance au sommeil.

Il y aurait encore à noter cinq observations dans lesquelles les patients se sont endormis et réveillés sans aucune période d'excitation et sans présenter aucun malaise consécutif.

La période d'anesthésie peut durer de 1 à 3 minutes. Dans une observation, la patiente nous dit avoir rêvé d'être en chemin de fer.

Lorsque, soit pour l'administration du bromure d'éthyle, soit pour l'administration du somnoforme, on applique le cornet ou le masque, il arrive très souvent que, sous l'influence du manque d'air, le patient se débat. Il y a là, non pas un effet excitant de la substance anesthésiante, mais un besoin instinctif de respirer l'air, une véritable « soif d'air ».

Il se produit de ce fait un trouble notable dans la marche de l'anesthésie.

Le patient n'inspire pas ; la plupart du temps il est en inspiration forcée, il s'arrête de respirer ; il lutte ; une partie plus ou moins notable des vapeurs anesthésiantes s'échappe ; c'est du temps perdu pour l'anesthésie et gagné par l'asphyxie ; et j'ai souvent vu, surtout sur les enfants, l'anesthésie due plutôt à un commencement d'asphyxie (cyanose du visage) qu'à l'action propre du bromure d'éthyle.

Il en est de même pour le somnoforme. Frappé de ces énervements, M. le Dr de Crésantignes a imaginé un appareil qu'il appelle « porte-cornet à vessie [1] ». Cet appareil, extrêmement ingénieux, permet au patient le demi-litre d'air physiologique non renouvelable indispensable pour satisfaire à l'impérieux besoin de remplir ses poumons.

Grâce à cet appareil, le patient respire librement, ne se débat pas et l'herméticité recommandée par le Dr Rolland est obtenue bien plus facilement qu'avec l'ancien cornet ; le patient n'a plus ce sentiment d'étouffement.

« Si l'ancien cornet était parfaitement hermétique, il serait de toute impossibilité au patient d'introduire dans les voies respiratoires de l'air chargé de vapeurs anesthésiques malgré le mouvement d'ampliation de son thorax, car ce cornet possède une rigidité que ne permet guère à ses parois de se rapprocher beaucoup, et d'ailleurs son contenu

1. Cet appareil devant faire l'objet d'une communication spéciale par le Dr de Crésantignes, nous n'avons pas à le décrire ici.

ne répond pas à une capacité de demi-litre, chiffre physiologique.

» En réalité, sous l'influence des mouvements respiratoires qui, cessant d'être normaux, deviennent violents, sous l'influence aussi du déploiement que la lutte du patient imprime au masque, il filtre de l'air par les côtés. Lors de l'inspiration il s'échappe aussi de l'air, mais difficilement.

» Après plusieurs inspirations et expirations, le degré de saturation de l'air resté dans le cornet se trouve forcément considérablement abaissé, ce qui est un nouvel inconvénient.

» On évite évidemment tout cela par l'usage de mon porte-cornet [1]. »

Il y a là en effet un grand progrès réalisé et cet appareil supprimela période d'excitation initiale due à la lutte pour le besoin de respirer.

Expérimenté dans notre service, cet appareil a donné d'excellents résultats à ce point de vue; de plus, l'anesthésie a plus de durée.

L'appareil est d'abord appliqué à blanc pour habituer le patient à respirer dans l'air confiné, puis retiré; on y verse alors le somnoforme et on l'applique à nouveau.

Les observations sont au nombre de dix.

D'abord dans aucun cas il n'y a eu d'excitation de début et dans tous les cas l'inspiration s'est faite simple, lentement d'abord, puis plus précipitée.

Dans un cas nous notons : femme, 39 ans, très calme, excitation légère et cris au bout de 15″ ; la durée d'application du cornet fut de 20″, au bout desquelles la malade tomba en résolution.

Durée du sommeil : 3 minutes 1/2. Extraction de trois dents.

Il est certain que dans cette observation l'excitation est due au somnoforme et non à une défense de l'organisme contre la privation d'air respirable.

*Autre observation.* — Le masque étant appliqué, la patiente, 35 ans, nerveuse sans trace d'hystérie, au bout de

---

1. Lettre privée adressée à M. Pinet par M. le Dr de Crésantignes, 8 mars 1902.

10″, on constate plaintes, mouvements rhythmés des membres inférieurs, projections en avant des membres supérieurs en contracture avec écartement des doigts ; puis ces membres tombent brusquement en résolution.

On retire le masque. Extraction de deux racines. Aucune douleur, le sommeil dure 1′ 1/2.

Pendant ce temps les plaintes et les mouvements rhythmés des membres inférieurs persistent.

La malade, vite réveillée, dit n'avoir ressenti aucune douleur.

Dans les autres observations, les malades se sont endormis et reveillés sans secousse. Aucune douleur n'a été perçue.

Que conclure des observations qui précèdent ?

Dans quelques cas, le somnoforme s'est comporté plutôt comme un analgésique que comme un anesthésique, produisant l'aspsychie, propriété qu'il tient sans doute du bromure d'éthyle, corps avec lequel il s'écoule un intervalle de temps relativement long entre l'impressionnabilité des hémisphères cérébraux et celle de la moelle.

Depuis des années que nous employons le bromure d'éthyle soit à l'Ecole, soit en ville, nous ne voyons pas jusqu'à présent que le somnoforme lui soit supérieur.

Peut-être l'anesthésie est-elle chez certains plus prolongée avec le somnoforme qu'avec le bromure d'éthyle; en tout cas, avec ce dernier anesthésique nous n'avons jamais observé d'accidents consécutifs, et notre expérience personnelle porte sur plus de 600 cas.

# GROUPEMENT DE L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

**Trois Médailles d'argent et une Médaille de bronze**
*à l'Exposition universelle de 1900.*

Tous les dentistes, médecins, fournisseurs pour dentistes, désirant faire partie de la Société civile de l'Ecole dentaire de Paris, de la Société d'Odontologie de Paris, de l'Association générale des dentistes de France, remplissant les conditions stipulées aux statuts, devront adresser une demande d'admission contresignée de deux membres de la Société, soit au Président du Conseil de direction de l'Ecole, soit au Président de l'Association.

Pour tous renseignements, s'adresser à l'Ecole dentaire de Paris 45, rue de La Tour-d'Auvergne.

## SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

BUREAU POUR L'ANNÉE 1902

MM. Dr **Roy**, ✿, *président.*
**Mendel-Joseph**, *vice-président.*
**Loup**, *vice-président.*

MM. **Touvet-Fanton**, *secrétaire général.*
**Charpentier**, *secrétaire des séances.*
**de Croës**, *secrétaire des séances.*

MM. **L. Richard-Chauvin**, I ✿.
**Touvet-Fanton.**
*Administrateurs délégués par le Conseil de Direction de l'Ecole Dentaire de Paris.*

PRÉSIDENT HONORAIRE : M. **Poinsot**, I ✿.

Les réunions de la Société ont lieu le premier mardi de chaque mois.

## ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE

CONSEIL DE DIRECTION POUR L'ANNÉE 1902

BUREAU

MM. **Richard-Chauvin**, I ✿, *président.*
**Stévenin**, *vice-président.*
**Richer**, *vice-président.*

MM. **Billet**, *secrétaire général.*
**Blatter**, *secrétaire-adjoint.*
**Rollin**, ✿, *trésorier.*

PRÉSIDENT HONORAIRE : M. **Poinsot** I ✿.

MEMBRES DU CONSEIL

PARIS

MM. **Cecconi**, **Claser** ✠, **D'Argent** ✿, **Devoucoux**, Dr **Godon** ✻, I ✿, **Lemerle**, I ✿, **Martinier**, ✿, **Ed. Papot**, ♁, ✿, Dr **Roy**, ✿, Dr **Sauvez**, ✿, **G. Viau** ✻, I ✿.

PROVINCE *(Nord-Est).*

**Audy** (Senlis), **Cohen** (Valenciennes).

*Sud-Est.*

MM. Dr **Pont** (Lyon), **Schwartz** ✿ (Nîmes).

*Nord-Ouest.*

**Coignard** (Nantes), **Richer** (Vernon).

*Sud-Ouest.*

**Delair**, ✿ (Nevers), **Douzillé** (Agen).

MEMBRES HONORAIRES

MM. **Aubeau** (Dr) I ✿, **Berthaux**, **Debray** père, **De Marion**, ✿, **Dugit** père, **Dugit (A.)**, **Gardenat**, **Pillette**, **Ronnet** ✿, **Wiesner**, ✻, ✿.

COMITÉ SYNDICAL

MM. **Stévenin**, *président* ; **Devoucoux**, *secrétaire* ; **Billet**, **Blatter**, **Papot**.

CAISSE DE PRÉVOYANCE

MM. **D'Argent**, *président*, **Billet**, **Devoucoux**, **Papot**, **Rollin**.




## SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE LYON

*Séance du 6 février 1902.*

Présidence de M. Ravet, président.

Présents : MM. Dr Pont, Dr Chambard-Hénon, Vichot, Harwood, Erny, Vicat, Bonnaric Eugène, Ravet, Crouzet, Dupuy, Bandrand, Dr Reboulet, Rohmer et les élèves de l'école.

La séance est ouverte à 9 heures.

*M. Ravet.* — Messieurs, je vous remercie d'être venus aussi nombreux assister à notre première séance de cette année. Je remercie particulièrement M. le Dr Chambard-Hénon de sa présence parmi nous et de l'intérêt qu'il porte à notre école.

*M. le Dr Chambard-Hénon.* — Messieurs, je vous remercie des bonnes paroles que vient de prononcer M. Ravet. Vous le savez, j'ai toujours été un des vôtres, un partisan de votre école et je suis heureux de constater que vous avez, malgré les difficultés sans nombre, réalisé une œuvre dont la ville de Lyon sera fière un jour.

*M. Ravet* donne la parole à M. le Dr Pont pour sa communication.

### I. — Présentation de trois cas de résection du maxillaire supérieur. Quelques réflexions sur la prothèse consécutive.

Par M. le Dr Pont,
Ex-interne des hôpitaux de Lyon.

J'ai l'honneur de vous présenter trois moulages appartenant à des malades auxquels on avait réséqué le maxillaire supérieur.

*Premier cas.*

Le premier est celui d'un homme de 45 ans, porteur d'un épithélioma et auquel on réséqua tout le maxillaire supérieur gauche et la presque totalité du maxillaire supérieur droit. Le malade était très cachectisé et mourut quelques jours après l'intervention. Les empreintes furent très difficiles à prendre, le malade ayant du trismus ; d'ailleurs, en raison du mauvais état général, il ne fallait pas songer à lui faire un appareil.

*Deuxième cas.*

Le second est celui d'un jeune homme de 18 ans qui subit la ré-

section du maxillaire supérieur pour un ostéosarcome. Quelques jours après l'opération le malade était complètement rétabli et la cicatrisation était en très bonne voie. Je pus donc lui faire un appareil dans de très bonnes conditions. Il y a environ huit mois qu'il le porte et qu'il s'en sert convenablement pour manger. L'esthétique n'est pas troublée et, sauf les cicatrices de la peau, il ne semble pas que ce malade ait subi une opération aussi importante.

*Troisième cas.*

Le troisième cas est relatif à une femme de 40 ans atteinte d'épithélioma des deux maxillaires. Le maxillaire gauche était surtout atteint, le maxillaire droit n'était envahi que partiellement par la tumeur. On lui réséqua donc tout le maxillaire supérieur gauche et tout le maxillaire supérieur droit, sauf une légère portion de la partie postérieure.

En examinant le modèle, vous pouvez vous rendre compte qu'il n'existe plus que la dent de sagesse supérieure droite ; cette dent était d'ailleurs fortement ébranlée et douloureuse ; aussi ne fallait-il pas compter sur elle pour maintenir l'appareil. Pour une foule de raisons, qu'il serait inutile d'énumérer, il était impossible de songer à maintenir l'appareil au moyen de ressorts comme un dentier complet. Je construisis donc un appareil dont voici brièvement la description.

La partie inférieure était en vulcanite et confectionnée comme un dentier complet du haut.

La partie supérieure était en caoutchouc mou, facilement dépressible et présentait un étranglement circulaire à sa partie moyenne. Cet étranglement était moulé à droite sur le rebord osseux de la portion respectée du maxillaire ; à gauche, en avant et en arrière, l'étranglement était destiné à être comblé par le bourgeonnement des tissus mous.

Le résultat esthétique fut un peu défectueux dans ce cas, car il s'était formé des brides cicatricielles qui avaient fortement attiré la lèvre supérieure en haut et à gauche et les dents artificielles étaient constamment à découvert de ce côté.

Je ne puis encore vous faire connaître le résultat fonctionnel, car la malade n'habitait pas Lyon et comme d'habitude était pressée de partir.

Comme d'habitude aussi, malgré mes recommandations elle n'a pas encore donné signe de vie.

*
* *

Je terminerai en vous exposant brièvement quelques idées et quelques réflexions sur la prothèse consécutive à la résection du

maxillaire supérieur. Et tout d'abord, il est inutile dans la plupart des cas de faire de la prothèse immédiate ; il suffit, afin d'éviter les rétractions cicatricielles et les déformations consécutives, de faire chaque jour un tamponnement aussi serré qu'il est possible à la gaze sablée. Puis après dix ou quinze jours ou même davantage, suivant les sujets, lorsque la cicatrisation de la ligne d'incision est parfaite, on peut prendre les empreintes et placer l'appareil.

Bien qu'il soit nécessaire de faire celui-ci le plus simple possible, on comprendra qu'il me soit difficile d'entrer dans tous les détails.

Dans ces circonstances, comme dans beaucoup d'autres, le dentiste doit s'aider de ses connaissances antérieures et de son esprit inventif. D'ailleurs je fais à ce sujet des recherches et des expériences sur lesquelles j'aurai l'occasion de revenir, mais qui sont encore trop à leur début pour qu'il me soit possible de vous en parler ce soir.

*M. Ravet* remercie M. le Dr Pont de sa très intéressante communication et, après quelques considérations sur la prothèse immédiate, donne la parole à M. Vichot.

## II. — Dédoublement du follicule des incisives centrales supérieures.

Par M. Vichot.

Il y a quelques mois, un jeune malade de 10 ans m'est amené pour une irrégularité du système dentaire. A première vue et avant d'avoir examiné mon malade, je crus avoir affaire à un de ces cas relativement assez fréquents d'atrésie du maxillaire supérieur avec prognathisme assez prononcé des dents de bouche. En effet, le jeune malade présentait cette physionomie particulière à ces anomalies, c'est-à-dire projection très marquée en avant et en haut de la lèvre supérieure rendant l'occlusion de la bouche impossible ; mais quelle ne fut pas ma surprise quand, examinant mon malade, je vis au maxillaire supérieur pour ainsi dire une deuxième arcade dentaire en arrière de la première faisant l'objet de la déformation de la face (fig. 1).

Comme vous le voyez sur les modèles que voici, au premier plan (fig. 2) se trouvent deux incisives centrales assez bien formées très volumineuses, puis de chaque côté, deux canines n'ayant pas encore évolué entièrement ; au deuxième plan, et venant s'articuler avec les incisives inférieures, deux dents présentent chacune une couronne très irrégulière ne ressemblant à aucun type de dents incisives, canines ou molaires, à couronne très peu saillante émergeant à peine de la gencive. Sur les côtés, deux incisives latérales bien constituées, placées presque normalement, quoique l'une d'elles, l'incisive latérale

gauche soit en rétroversion par rapport à la prémolaire voisine et à la mâchoire inférieure.

Ayant pris tout d'abord les empreintes de ce cas, je décidai l'extraction de ces quatre dents situées au deuxième plan — car, l'enfant venant de loin, et ne pouvant subir un traitement long, il fallait choisir l'intervention la plus rapide et la plus simple, en laissant à la nature le soin de replacer les dents du premier plan dans une position plus normale, une fois les autres enlevées.

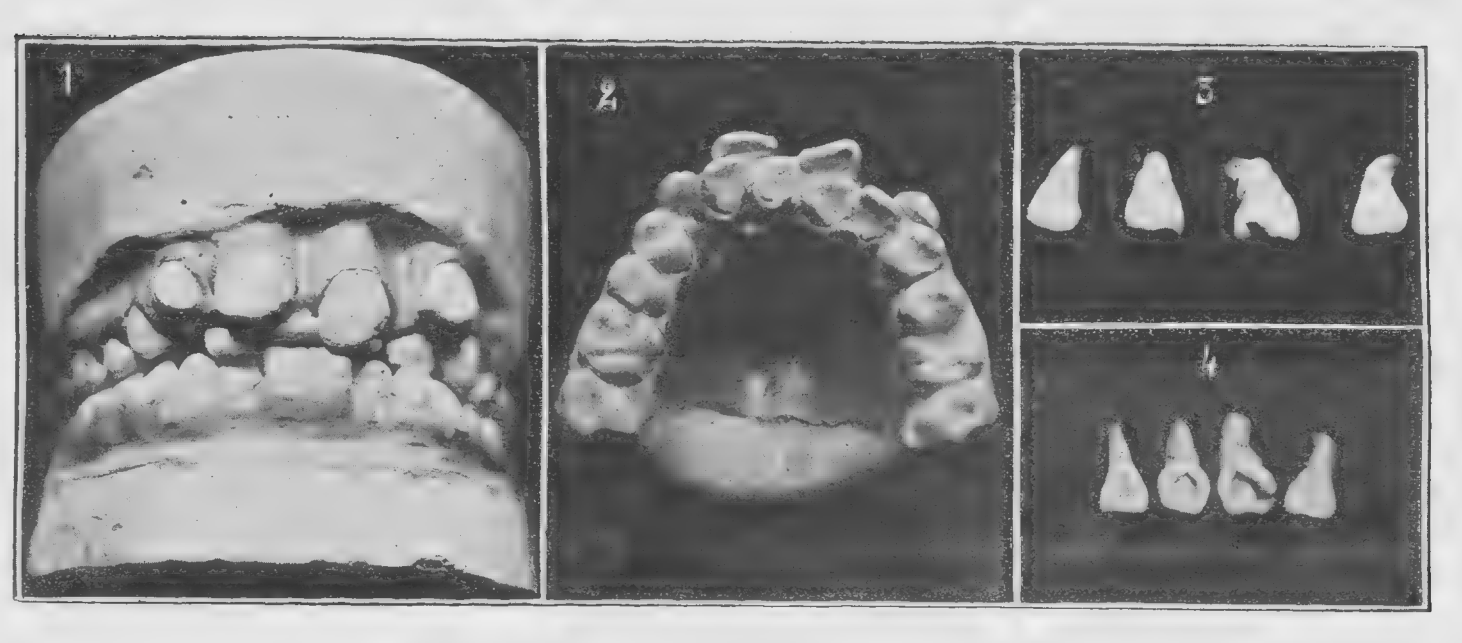
L'enfant anesthésié au protoxyde d'azote, les quatre dents sont extraites et je constate que les incisives latérales sont très bien constituées ; quant aux deux autres dents, elles présentent de grands caractères de ressemblance avec des incisives centrales bien formées : couronne et racine de même longueur, même largeur, face labiale convexe et assez bien formée ; seule la face linguale ou palatine présente l'anomalie constatée avant l'extraction, que l'on voit parfaitement sur le modèle et qui n'est autre chose que le *cingulum dentis* très accentué. Comme vous pouvez le voir, ces deux dents présentent bien tous les caractères des incisives centrales supérieures permanentes (fig. 3).

A mon avis, au moment de la formation du follicule des incisives permanentes, c'est-à-dire vers le cinquième mois de la vie fœtale, ce follicule s'est dédoublé sous une influence quelconque, et ce qui me confirme dans cette idée c'est que cet enfant avait, au dire de ses parents, une dentition temporaire irréprochable, comme régularité, les premières incisives centrales permanentes, celles qui furent extraites, évoluèrent vers huit ans, et les deux autres environ un an ou dix-huit mois après. La date de ces éruptions étant somme toute peu anormale, il n'y a pas lieu d'admettre une hypothèse autre qu'un dédoublement du follicule.

Je regrette de ne pouvoir vous présenter le malade lui-même ou tout au moins des modèles pris longtemps après l'extraction, pour vous montrer les résultats éloignés de cette intervention ; mais, comme cela arrive dans beaucoup de cas, le malade opéré, on ne le revoit plus : c'est ce qui s'est produit. Cet enfant, âgé de 10 ans, doit avoir aujourd'hui une bouche à peu près normale. Je ne me suis pas proposé de vous présenter la correction d'une anomalie dentaire, mais bien un cas bizarre d'anomalie de nombre par augmentation et dédoublement du follicule.

## Discussion.

*Dr Pont.* — Le cas que vient de nous présenter notre excellent confrère M. Vichot est très intéressant et mérite d'être étudié attentivement. Je pense qu'il s'agit là de dents supplémentaires développées dans la région de l'os incisif. Vous connaissez tous le rôle de ce der-




Dédoublement du follicule des incisives centrales supérieures.

nier dans la production des dents supplémentaires. Je ne vous rappellerai pas toutes les hypothèses qu'on a émises pour expliquer de pareils cas; la plus admise est la théorie de Kollmann, qui expliquerait la formation des dents supplémentaires par des prolongements anormaux du cordon épithélial. Peut-être faudrait-il admettre ici comme dans beaucoup d'autres exemples de l'anatomie générale un phénomène d'atavisme. En ce qui concerne le siège, la forme et la disposition des dents surnuméraires, M. Busch (cité par Dubois) a donné une statistique très intéressante à connaître.

*M. Bonnaric (Eugène)* rappelle qu'il a eu un cas semblable dans sa clientèle. Le nombre de dents surnuméraires était de sept ou huit, et elles étaient placées dans toutes les directions.

A cette époque il n'y avait pas de réunion ; il n'a donc pu présenter ce cas intéressant.

*M. Ravet* a conservé une dent surnuméraire qui était accolée, soudée même à l'incisive centrale supérieure et, formant talon, lui donnait l'aspect d'une forte prémolaire.

*MM. Harwood* et *Vicat* prennent aussi part à la discussion et se rangent à l'avis de M. Vichot.

*M. Ravet* donne la parole à M. Bonnaric Jules, qui signale un nouveau procédé.

## III. — Un procédé employé pour obtenir les matrices métalliques nécessaires a l'estampage des plaques.

Par M. J. Bonnaric.

Au lieu de me servir de mon unique modèle en plâtre pour obtenir mes moules en métal, je fais une cire ayant la surface et la forme de ma plaque et sur cette cire je fais un nouveau modèle en plâtre qui me sert à obtenir les matières métalliques comme par le procédé ordinaire.

*M. Ravet.* — En effet, de cette façon on obtient pour ainsi dire deux poinçons qui permettent de faciliter l'estampage et l'on évite ainsi la difficulté de sortir de la terre les modèles qui ne sont pas défavorables; c'est une grande simplification et je ne puis que féliciter M. Bonnaric de nous avoir communiquer ce petit procédé.

## IV. — Présentation d'une nouvelle lampe électrique, exploratrice aseptisable.

Par M. Ravet.

*M. Ravet* présente une lampe électrique pour l'exploration de la bouche. Cette lampe offre certains avantages sur les lampes déjà connues : 1° elle se branche directement sur la canalisation de la rue ; 2° son pouvoir éclairant est de cinq bougies ; 3° elle ne chauffe

pas et permet de travailler longtemps dans la bouche sans incommoder le malade ; 4° elle est complètement aseptisable.

Cette lampe réalise certainement un progrès, car sa lumière ne gênant en aucun cas l'opérateur, il est possible de s'en servir à la place du miroir ordinaire pour écarter les joues ou la langue et peut dans beaucoup de cas suppléer le réflecteur du cabinet et même le remplacer tout à fait.

DISCUSSION.

*M. le Dr Pont.* — Nous ne saurions trop féliciter M. Ravet d'avoir bien voulu nous présenter le modèle de sa lampe exploratrice et le féliciter de l'heureux résultat de ses patientes recherches. Jusqu'à maintenant les lampes exploratrices étaient de deux sortes : celles munies d'un manchon métallique et celles munies d'une extrémité constituée par un cylindre de verre plein, mais dans ces dernières la tige de verre était fixe et d'un autre côté le pouvoir éclairant n'était pas en proportion du nombre de calories dégagées par la lampe. Notre confrère a remédié à tous ces inconvénients. La lampe qu'il nous présente éclaire bien, s'échauffe très peu, peut s'adapter à une prise électrique quelconque et surtout est très facilement stérilisable.

M. Ravet a donc eu une heureuse idée, et c'est avec plaisir que nous venons lui adresser toutes nos félicitations.

*M. Ravet, président.* — Je remercie tous nos collègues de leurs très intéressantes communications et désire et souhaite que la plus petite idée d'une nouveauté, ou d'un procédé quelconque soit communiquée par son auteur, ainsi que tous les cas intéressants qui peuvent se présenter dans la clientèle privée ou hospitalière.

La séance est levée à 11 h. 30.

*Le secrétaire,*
J. BONNARIC.



# JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE

*L'Odontologie fait traiter ici par son collaborateur spécial les questions de jurisprudence que ses lecteurs désirent faire élucider.*

DENTISTE NON DIPLÔMÉ. — ENSEIGNE PORTANT MENTION : *chirurgie et prothèse dentaire*. — CONCURRENCE DÉLOYALE. — SUPPRESSION DU MOT : *chirurgie*.

*Tribunal civil de Lille (2e ch.); 10 mars 1902.*

Les dentistes non diplômés sont sans droit à prendre le titre de chirurgien-dentiste.

Il n'y a pas à rechercher si le texte de la loi de 1892 et l'interprétation la plus rigoureuse qui puisse être donnée permettent ou non au dentiste non diplômé d'annoncer sa profession sous la mention : *chirurgie et prothèse dentaire*, figurant sur la plaque placée à la porte de sa maison, ni si l'exercice de l'art dentaire est inséparable d'opérations qui constituent des pratiques chirurgicales.

Il convient uniquement de rechercher si cette enseigne, par sa rédaction, ne constitue pas un moyen détourné de rendre illusoire, au moins pour une partie de la clientèle, la distinction légale entre les dentistes diplômés et ceux qui ne le sont pas.

Tel paraît être le résultat auquel on arriverait, si les dentistes non diplômés pouvaient annoncer qu'ils pratiquent la chirurgie dentaire. Le public serait logiquement porté à croire que celui qui exerce la chirurgie dentaire est un chirurgien-dentiste, et de cette confusion naîtraient les inconvénients qu'ont voulu éviter le législateur et la jurisprudence.

Les expressions employées constituent donc un acte de concurrence déloyale, auquel il est nécessaire de mettre un terme par la suppression du mot : *chirurgie*.

*(Dame Rousseau et Bianchi contre Bouchard.)*

LE TRIBUNAL

Attendu que la dame Rousseau et le sieur Bianchi, tous deux chirurgiens-dentistes, la première à Roubaix, le second à Lille, ont assigné Bouchard, dentiste à Tourcoing, pour voir dire que celui-ci sera tenu : 1° de supprimer de ses réclames, papiers, etc., et notamment des annuaires de Lille, le titre de chirurgien-dentiste ; 2° de supprimer sur sa plaque le mot : *Chirurgie*, le tout à péril de dommages-intérêts ; 3° de leur payer 1.000 francs à titre de réparation pour le préjudice passé ; et enfin que le jugement à intervenir sera inséré à ses frais dans dix journaux de l'arrondissement de Lille, au choix des

demandeurs ; — qu'ils fondent leur action sur ce que Bouchard n'est pas pourvu du diplôme de chirurgien-dentiste et n'exerce sa profession qu'en vertu des dispositions transitoires de la loi du 30 novembre 1892 ; — que la matérialité des faits imputés au défendeur n'est pas contestée ; — *En ce qui concerne le titre de chirurgien-dentiste ;* — attendu que Bouchard, vers la fin de l'année 1900, et sur des réclamations amiables qui lui furent alors adressées, consentit à renoncer au titre de chirurgien-dentiste et fit les diligences nécessaires pour que cette qualité fût remplacée par celle pure et simple de dentiste dans les deux annuaires de l'arrondissement ; — que l'époque à laquelle il put avertir les imprimeurs ne permit pas à ceux-ci de satisfaire à sa demande pour les éditions à ce moment préparées, mais que la modification exigée se trouve dans les exemplaires de celles qui suivirent (1902) ; — que le défendeur a donc reconnu que les dentistes non diplômés étaient sans droit à prendre le titre de chirurgien-dentiste, ainsi, d'ailleurs, que l'a proclamé une jurisprudence aujourd'hui établie et à laquelle le tribunal actuellement saisi a déjà eu l'occasion de s'associer ; — *En ce qui concerne la mention : « Chirurgie et prothèse dentaire », figurant sur la plaque placée à la porte de sa maison ;* — attendu que Bouchard prétend que ni le texte de la loi susvisée ni l'interprétation la plus rigoureuse qui puisse être donnée ne permettent de lui interdire d'annoncer ainsi sa profession, l'exercice de l'art dentaire étant inséparable d'opérations qui constituent des pratiques chirurgicales ; — mais attendu que ce point de fait est sans intérêt au débat ; — qu'il convient uniquement de rechercher si l'enseigne litigieuse, par sa rédaction, ne constitue pas un moyen détourné de rendre illusoire, au moins pour une partie de la clientèle, la distinction légale entre les dentistes diplômés et ceux qui ne le sont pas ; que tel paraît être le résultat auquel on arriverait, si les dentistes non diplômés pouvaient annoncer qu'ils pratiquent la chirurgie dentaire ; — qu'en effet, le public serait logiquement porté à croire que celui qui exerce la chirurgie dentaire est un chirurgien-dentiste, et que de cette confusion naîtraient les inconvénients qu'a voulu éviter, d'abord, le législateur, puis, la jurisprudence, après lui ; — que les expressions ainsi employées par Bouchard constituent donc de sa part un acte de concurrence déloyale, auquel il est nécessaire de mettre un terme par la suppression du mot : *Chirurgie* ; — que, d'autre part, les demandeurs, exerçant chacun dans une ville autre que celle où le défendeur a son cabinet, ne justifient pas d'un préjudice que le tribunal puisse évaluer à plus de 25 francs ; — PAR CES MOTIFS ; — ordonne que, dans les trois jours qui suivront la signification du présent jugement, Bouchard sera tenu : 1° de supprimer de ses réclames et papiers quelconques, notamment, en tant que de besoin, des annuaires futurs de l'arrondissement, le titre de chirurgien-dentiste, à péril de 5 francs de dommages-intérêts par jour de retard ; 2° sous la même contrainte, de supprimer le mot : *Chirurgie* de la plaque apposée sur la porte de sa maison d'habitation ; — le condamne à payer aux demandeurs comme réparation la somme de 25 francs, avec intérêts judiciaires ; — autorise la dame Rousseau et Bianchi à faire insérer par extrait le présent jugement, aux frais du défendeur, dans deux journaux de l'arrondissement de Lille, sans que le coût de chaque insertion puisse excéder 30 francs ; — les déclare mal fondés dans le surplus de leurs fins et conclusions ; — condamne Bouchard aux dépens.

*Note.* — Le *Journal de Roubaix* (22 avril 1902) donne le texte de l'intéressant jugement que nous reproduisons.

Les *attendus* de cette décision me paraissent en grande partie irréprochables. Les dentistes diplômés ont seuls, en effet, le droit de se qualifier chirurgiens-dentistes. Seuls aussi ils peuvent librement

pratiquer l'anesthésie, sans l'assistance d'un docteur en médecine, et figurer de droit sur les listes départementales.

Déjà un arrêt de la *Cour de Paris* du 22 décembre 1899 a fait enlever des enseignes, plaques, imprimés et notes d'un dentiste patenté le titre de chirurgien, figurant sous cette forme : *chn-dentiste*, et l'on avait même spirituellement prétendu qu'une semblable annonce ne pouvait avoir d'autre signification que celle de : *charlatan-dentiste*.

Mais le tribunal ne va-t-il pas un peu loin ? Et de ce que le dentiste patenté n'a pas le droit de s'intituler chirurgien-dentiste, en faut-il nécessairement conclure qu'il n'a pas le droit de pratiquer la chirurgie dentaire ?

Nous pensons, pour notre part, que, sauf le droit pour le diplômé de porter le titre de chirurgien et d'anesthésier seul et sans un concours médical quelconque, diplômés et patentés ont les mêmes devoirs et les mêmes droits ; et si, dès qu'une opération confine à la chirurgie, elle devait être interdite au patenté, nous nous demandons à quoi pourrait bien se borner son activité professionnelle.

Nous estimons néanmoins que c'est avec raison qu'il a été ordonné de supprimer de la plaque la mention chirurgicale, moins parce qu'elle constituerait un fait de concurrence déloyale que parce qu'il y aurait là usurpation de titre.

F. W.

---

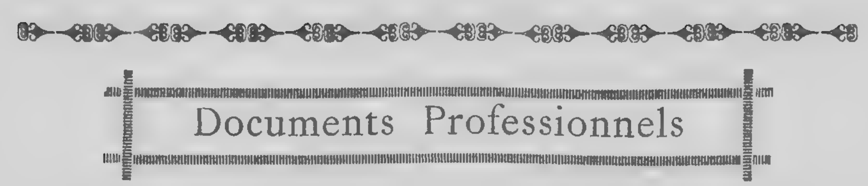
EXERCICE DE TRAVAIL. — DURILLON. — ACCIDENT DU TRAVAIL. — DROIT A INDEMNITÉ TEMPORAIRE.

*Justice de paix de Paris, 22 août* 1900.

Le durillon forcé, survenu dans l'exercice du travail, ne constitue pas une maladie professionnelle, mais bien un accident de travail rentrant dans les prévisions de la loi du 9 avril 1898.

En conséquence, l'ouvrier atteint d'un durillon forcé dans l'exercice de son travail a droit à une indemnité temporaire.

*Note.* — Cette décision, qui présente quelque intérêt pour les dentistes, dans leurs rapports avec le personnel qu'ils emploient, se trouve reproduite dans la *Gazette des tribunaux* du 3 avril 1902.



# Documents Professionnels

*Sous cette rubrique nous publions tous les documents de nature à intéresser nos lecteurs et nous nous tenons à la disposition des divers* GROUPEMENTS PROFESSIONNELS *pour insérer toutes les communications qu'ils désirent porter à la connaissance du public professionnel.*

La circulaire suivante a été adressée aux présidents de toutes les Sociétés dentaires françaises :

## FÉDÉRATION DENTAIRE NATIONALE

Siège Social
45, rue de La Tour-d'Auvergne

Paris, 6 mai 1902.

Monsieur le Président,

J'ai l'honneur de vous faire connaître, comme suite à ma circulaire du 20 avril, que la réunion de la Fédération dentaire nationale aura lieu le samedi 24 mai, à 4 h. 1/2 du soir à l'Hôtel Terminus, rue Saint-Lazare à Paris, avec l'ordre du jour suivant :

1° Procès-verbal et correspondance ;
2° Vérification des pouvoirs des délégués ;
3° Rapport de M. Sauvez, secrétaire général ;
4° Rapport de M. Stévenin, secrétaire-adjoint, trésorier ;
5° Constitution des Commissions ;
6° Examen des réponses des Ecoles aux vœux d'Ajaccio ;
7° Vœux et rapport de la Commission d'enseignement ;
8° Vœux et rapport de la Commission d'hygiène et des services dentaires publics ;
9° Du service militaire des dentistes et des étudiants en dentisterie ;
10° Nomination du Comité exécutif pour 1902-1903 ;
11° Vœux et propositions diverses.

Cette réunion sera suivie d'un banquet, à 7 h. 1/2 du soir ; prix : 15 francs.

Le dimanche matin, 25, séance de démonstrations pratiques à l'Ecole dentaire de Paris ; déjeuner en commun ; l'après-midi, visite des Ecoles dentaires.

Je vous serai obligé de porter ce programme à la connaissance des membres de votre Société,

Veuillez agréer, etc.

*Le Secrétaire général,*
EM. SAUVEZ.

---

La circulaire suivante a été adressée au directeur de l'Ecole dentaire de Paris :

ACADÉMIE DE PARIS

—

**Certificat d'études secondaires exigé des chirurgiens-dentistes.**

—

1re *Session de* 1902.

—

Circulaire nº 168.

UNIVERSITÉ DE FRANCE

Paris, 7 mai 1902.

Monsieur le Directeur,

J'ai l'honneur de vous informer que les examens du certificat d'études secondaires exigé des aspirants au diplôme de chirurgien-dentiste auront lieu à Paris, *les mercredi* 16 *et jeudi* 17 *juillet prochain* (1re session de 1902).

Les inscriptions seront reçues au secrétariat de l'Académie, à la Sorbonne (5e bureau), *du* 2 *juin au* 12 *juillet inclus.*

Les pièces à produire sont :

1° Une demande sur papier timbré à 0 fr. 60 portant l'indication de la langue dans laquelle le candidat désire subir l'épreuve de la version, ainsi que l'autorisation du père ou du tuteur, s'il est mineur (Les signatures devront être légalisées).

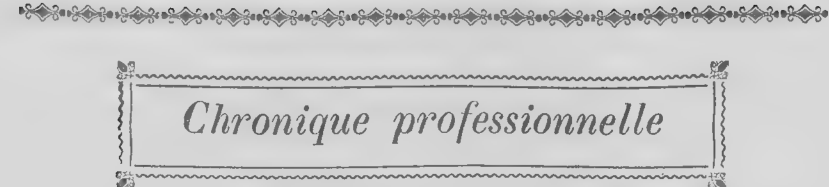
2° L'acte de naissance sur papier timbré à 1 fr. 80, légalisé.

Sur le dépôt de ces pièces, un bulletin de versement des droits (50 francs) sera remis à l'intéressé ; la quittance délivrée par le receveur des droits universitaires devra être présentée au moment de l'appel dans la salle d'examen.

Veuillez porter ces dispositions à la connaissance des intéressés.

Recevez, etc.

*Le Vice-Recteur,*
GRÉARD.



# Chronique professionnelle

*Sous cette rubrique* L'Odontologie *se tient à la disposition de ses lecteurs pour leur permettre de publier en toute indépendance leurs appréciations sur les questions de politique professionnelle. Toutefois le Comité de rédaction se réserve le droit de supprimer toute expression ou toute appréciation de nature à provoquer des polémiques personnelles.*

## SUR LES DENTISTES MILITAIRES DANS LES ARMÉES ÉTRANGÈRES ET DANS L'ARMÉE FRANÇAISE

Une question qui à juste titre préoccupe depuis longtemps déjà les membres de notre profession est celle des chirurgiens-dentistes dans l'armée.

MM. Martinier et Godon, avec tout leur zèle d'innovateurs convaincus, ont publié, dans *L'Odontologie*, en faveur de cette idée, de sérieux arguments.

Mais nul n'ignore que dans notre beau pays de France il faut toujours de longues très longues démarches, formalités, enquêtes et contre-enquêtes avant que puisse être pris en considération et passer dans la pratique un projet, fût-il des plus simples et aussi important que celui de l'hygiène et de la santé de nos soldats.

L'Etat reconnaît bien en principe qu'il faut, pour faire un bon troupier, un homme ayant bonnes jambes et bon estomac, mais quant à son système dentaire, il s'en soucie fort peu.

Jadis, au temps de l'emploi des fusils à piston dans l'armée, les édentés étaient exemptés, comme incapables de déchirer la cartouche avec les dents. A ce sujet, Magitot a publié sur le nombre des exemptions pour cause de mauvaise dentition une statistique dont les chiffres, pour certains départements, étaient relativement élevés. Aujourd'hui ces cas de dispense sont assez rares et cependant le nombre des mauvaises dents doit être le même.

Puisque d'autres nations ont avant nous reconnu l'impérieuse nécessité de donner à leur armée des chirurgiens-dentistes militaires, il m'a paru intéressant de demander en Angleterre, en Allemagne, aux Etats-Unis, des documents à ce sujet. Et par une certaine coïncidence de voyages, j'ai eu la bonne fortune d'obtenir, de la bouche même d'un de ceux auxquels je m'étais adressé, les renseignements que je vais résumer ici.

Avec la bonne grâce et l'humour que nous lui connaissons tous, notre très distingué confrère, M. Geo. Cunningham, de Cambridge,

se prêta très obligeamment à mon interview et me communiqua ce qu'il savait sur les diverses questions suivantes :

1° Quelles sont les conditions requises au point de vue de la dentition pour prendre service dans l'armée et la marine anglaises ?

2° L'armée est-elle soignée exclusivement par des dentistes militaires ?

3° Quel est le rôle médical des dentistes militaires envoyés à l'armée de l'Afrique du Sud par le Gouvernement britannique ?

4° Quels sont leurs grades et leur solde ?

5° De quelle nature sont les soins par eux donnés aux militaires ?

6° Font-ils de la prothèse dentaire ?

7° Sont-ils outillés pour exécuter la prothèse restauratrice ?

L'armée anglaise est, on le sait, recrutée par voie d'engagements volontaires.

En avril 1899 le War Office et le Conseil de l'amirauté, de concert avec les départements médicaux de la guerre et de la marine, avaient décrété les règlements suivants. (Traduction du texte officiel).

*Règlement du service naval concernant les dents des aspirants.*

1° Les aspirants de moins de 17 ans ayant sept dents défectueuses ou manquantes ; ceux de plus de 17 ans ayant dix dents défectueuses ou manquantes ne pourront se porter candidats ;

2° Ces deux classes d'aspirants doivent cependant posséder au moins quatre molaires opposées parfaitement saines, deux à chaque mâchoire, et le même nombre d'incisives placées de façon similaire ;

3° Une dent est considérée comme défectueuse quand elle ne peut pas être rendue utilisable d'une manière permanente par une réparation de dentisterie ;

4° Dans tous les cas, l'examen des dents restantes doit être fait et leur durée doit être reconnue d'au moins douze années. On doit tenir compte des dents non sorties, sauf pour les dents de sagesse ;

5° Les dents artificielles ne sont pas admises.

*Règlement du service militaire concernant les dents des candidats aux grades.*

Les dents des candidats doivent être en bon état. Dix manquantes ou cariées constitueront un cas d'inadmissibilité.

Les dents artificielles ne comptent pas.

*Règlement du service militaire concernant les dents des recrues.*

Toute recrue doit posséder un nombre suffisant de dents saines pour une bonne mastication.

L'admission ou le refus d'une recrue à cause de ses dents cariées ou manquantes dépend de la position relative des dents qui ne ser-

vent plus : ainsi l'absence, à la même mâchoire, de plusieurs dents contiguës les unes aux autres n'en laissant aucune à opposer à celles de l'autre mâchoire, constitue un cas d'inadmissibilité. Celui-ci n'existe pas si l'absence d'un même nombre de dents est partagée entre les deux mâchoires et en différents endroits.

Cependant un homme de constitution faible auquel manqueraient plusieurs dents pourrait être écarté, tandis qu'une recrue robuste, à laquelle il en manquerait le même nombre, pourrait être acceptée.

Comme on le voit, le Gouvernement britannique a jusqu'en avril 1899 sacrifié le nombre de ses recrues à leur qualité ; et en cela il a eu raison, n'ayant pas besoin d'une armée composée de centaines de mille hommes pour la défense de son territoire.

Il est incontestable que pour notre armée un tel rigorisme serait excessif et que des règlements moins sévères peuvent lui être appliqués en vue de l'augmentation des effectifs. Le simple soldat français ne pouvant passer plus de trois ans sous les armes a relativement besoin, pour entrer au service, de moins bonnes dents que celles exigées pour la recrue anglaise, laquelle le plus souvent accomplit une longue carrière sous les drapeaux.

Si, une fois à la caserne, le soldat français souffre des dents, sa seule ressource est de se rendre à la visite du médecin-major ; celui-ci, le plus souvent, après un examen sommaire, s'empresse de le repasser à l'infirmier qui, pour tous soins, prodigue au patient — oh combien ! — les bienfaits de la clef de Garengeot.

Le soldat anglais,au contraire, est l'objet de la sollicitude de son P. M. O. (officier principal médical), lequel l'envoie chez un chirurgien-dentiste civil exerçant dans la localité où le régiment tient garnison. Peût-être serait-il exagéré d'affirmer qu'il y est soigné comme un lord ; en tout cas il est à présumer qu'en passant par les mains d'un homme instruit et expérimenté il a plus de chances d'être bien traité que le soldat français confié chez nous aux offices empiriques d'un camarade de régiment absolument incapable, malgré sa bonne volonté, de faire ce qu'il n'a point appris.

Voyons maintenant comment les choses se passent en temps de guerre dans l'armée anglaise et comment nous pourrions profiter de l'exemple en France.

Au début de la guerre sud-africaine, lorsque partirent les premiers régiments, six chirurgiens-dentistes diplômés et membres de la *British Dental Association* s'offrirent pour accompagner les troupes anglaises au Cap ; mais leurs services ne furent pas acceptés par le « Department Medical Army » comme devant être trop onéreux pour le Trésor.

Un journaliste du *Times*, M. Bennet, prit alors la défense des

mâchoires militaires, et, dans un article qui fit sensation, il proposa au War Office au nom de la *British Dental Association* les services gratuits de huit chirurgiens-dentistes pour rejoindre l'armée du général Buller; mais le War Office refusa sous prétexte que quand les balles sifflent au-dessus des têtes le soldat n'a plus mal aux dents !

Alors le chef du service médical de l'ambulance volontaire de l'*Imperial Yeomanry*, qui est un corps d'élite, s'adjoignit à ses frais un chirurgien-dentiste du collège de chirurgie à la solde de 2000 livres sterling.

Des mois se passèrent.

Survint l'arrivée du général Kitchener. Tous les services d'état major et de santé furent améliorés et les rapports du nouveau « Corps Medical Army » apprirent au War Office et à l'Amirauté que certains phénomènes climatériques ou autres avaient produit un effet désastreux sur les dents des hommes envoyés pour combattre au Cap.

Le War Office fut alors invité par une députation de la British Dental Association à revenir sur son refus. Cette fois, enfin, il devint favorable au projet, qu'il fit sérieusement étudier et peu après il approuvait la nomination de douze chirurgiens-dentistes militaires choisis parmi de nombreux candidats.

Ces dentistes militaires sont partis pour le Cap pour la durée de la guerre avec une solde équivalente à celle de capitaine, l'équipement et les frais de route payés. Ils n'ont pas de chef dentiste, mais ils sont, comme les aides-majors, placés directement sous les ordres des chirurgiens militaires (P. M. O.).

Ils doivent donner à tous les officiers et soldats les mêmes soins dentaires que ceux qui sont assurés aux troupes tenant garnison sur le continent par les dentistes civils : soins de bouche, traitement des dents, obturations, etc... ; ils doivent le plus possible éviter l'extraction; enfin aucune aurification ne peut être faite par eux sans une autorisation spéciale du P. M. O. (Principal Medical Officer).

Les soldats munis d'appareils de prothèse sont nombreux dans l'armée anglaise, puisque les hommes passent souvent de longues années sous les drapeaux.

En temps de paix, sur le continent, le Dr Gonal, médecin inspecteur du service médical dentaire des recrues, nommé à ce poste après neuf années de services médicaux militaires et avec supplément de solde comme spécialiste, désigne les chirurgiens-dentistes civils chez lesquels les militaires édentés doivent être pourvus d'appareils de prothèse aux frais du régiment.

Au cap, depuis 1901, les P. M. O. sont chargés par le War Office de choisir dans les différents districts civils des dentistes civils pour exécuter les pièces de prothèse dentaire nécessaires aux troupes.

Les chirurgiens-dentistes militaires envoyés à l'armée sud-africaine n'ont été munis que des instruments de chirurgie et de dentisterie indispensables.

Dans la nécessité de procurer aux soldats des appareils de prothèse, ils doivent employer les matériaux et l'outillage des dentistes civils, lesquels reçoivent pour cela une réquisition. C'est ainsi qu'ils ont, jusqu'ici, pu faire des appareils pour fractures des maxillaires ; le modèle le plus employé a été celui de Kingsley ; il a donc fallu pour la pose évacuer le plus promptement possible sur les ambulances ou hôpitaux les blessés aux mâchoires.

Depuis les hostilités nombreux ont été ces mutilés rapatriés en Angleterre. La Société des blessés du général Schwabé à Londres s'est spécialement intéressée à eux, et deux dentistes de l'Université de Cambridge, MM. Farmer et Thorn, se sont occupés d'exécuter et d'appliquer à ces hommes des appareils de prothèse des maxillaires.

Aucun document ne signale jusqu'à présent la pose d'appareils de la face.

Comme on l'a vu plus haut, il semble que, même dans une nation réputée favorable aux innovations pratiques, la création d'un corps de chirurgiens-dentistes militaires n'a pas été sans nécessiter de laborieuses et persévérantes négociations. Après deux refus catégoriques le War Office a dû céder devant l'opinion publique et l'absolue nécessité de la mesure réclamée. En France, il en sera certainement de même et ceux qui ont pris si passionnément en mains l'intérêt de nos soldats et ceux de nos jeunes chirurgiens-dentistes sauront avec opiniâtreté poursuivre leur tâche et faire triompher leur juste proposition.

En temps de paix, on reconnaît au soldat anglais le droit de conserver ses molaires ; s'il arrive à les perdre, on les lui remplace aux frais du régiment, et c'est le chirurgien-dentiste civil de la province où le soldat tient garnison qui est chargé de ce travail. Voilà qui est bien sous tous les rapports, puisque le dentiste civil qui participe aux frais d'entretien de l'armée peut en tirer quelque profit.

Dorénavant le chirurgien-dentiste militaire doit s'imposer en France, surtout en vue du temps de guerre ; car s'il est vrai qu'au moment de la bataille le soldat ne sent plus son mal de dents, il n'en est pas moins évident qu'il arrive en mauvaises conditions au combat si l'état de ses dents l'a empêché de réparer ses forces, ou si une nuit d'insomnie l'a plutôt préparé à l'ambulance qu'aux efforts physiques exigés de lui.

Pour des soldats ne passant que trente mois sous les drapeaux, il serait peut-être excessif d'exiger plus que les soins de la bouche et des dents ; le chirurgien-dentiste militaire pourrait difficilement exécuter sans un matériel et un laboratoire spéciaux les délicates pièces

de prothèse à appliquer aux soldats, et les contribuables d'ailleurs n'y trouveraient guère leur compte. Mais en temps de guerre il n'en est plus de même, puisque, de vingt à quarante-cinq ans, tous les hommes sont sous les armes. Dans ce cas, il serait préférable que, selon le système anglais, des chirurgiens-dentistes civils fussent chargés de la prothèse.

Reste la question relative aux fractures des maxillaires et aux mutilations de la face.

En principe tout soldat mutilé d'un membre pendant l'exercice du tir, la manœuvre de cavalerie ou d'artillerie ou le combat a droit à un appareil de prothèse. Le chirurgien-dentiste militaire devrait donc pouvoir exécuter un appareil pour fracture des maxillaires ou de restauration, soit en temps de paix, pendant que le malade est à l'infirmerie régimentaire, soit en temps de guerre, lorsque les blessés à la tête sont évacués sur une ambulance de corps d'armée.

Les blessures du visage sont le plus souvent accompagnées de fracture des mâchoires. En 1870 le nombre des blessés à la face était considérable ; dans toutes les ambulances on soignait des blessés par coups de crosse de fusil et l'état de ces malheureux était lamentable avec leurs mentonnières de toile maculées de sang et de salive. Qu'il survienne, ce que nul ne désire, une nouvelle guerre, il faut que nos dentistes militaires soient chargés d'appliquer promptement divers appareils, selon les cas, exécutés par eux au grand soulagement des blessés.

Une objection qui paraît juste, et qui a été maintes fois formulée au sujet de la proposition de notre ami M. Martinier, c'est qu'il faudrait pour cela un outillage compliqué au dentiste militaire. Si l'on y songe bien, ce matériel peut se réduire à son minimum.

L'appareil pour fractures du maxillaire inférieur le plus parfait est assurément, en principe, la mentonnière de cuir de Péan ; plus tard, le Dr Cl. Martin substitua la tôle au cuir ; enfin M. Michaëls remplaça la tôle par le maillechort estampé et le musée de l'Ecole dentaire de Paris possède un spécimen remarquable de cet appareil : mentonnière et gouttière intra-buccale estampées sont réunies par des tiges verticales extra-buccales permettant le serrage sur les différentes parties fracturées et les maintenant bien en place. M. Martinier a, depuis, perfectionné d'une façon très ingénieuse le mode de réunion de la gouttière à la mentonnière par des vis de rappel permettant un serrage, un réglage et un maintien parfaits. Le chirurgien-dentiste militaire devrait donc avoir sous la main un matériel restreint lui permettant de faire promptement cet appareil ; mais comme la confection d'une estampe de métal presque pour chaque cas exigerait un outillage très lourd et encombrant, il est préférable et facile de substituer l'aluminium à la tôle ou au maillechort estampés.

Une demi-heure de travail suffit pour transformer en une mentonnière, s'adaptant exactement à la forme du maxillaire du blessé, une plaque d'aluminium d'un millimètre d'épaisseur ; le martelage et le repoussage lui donnent la rigidité et la forme, et cet appareil a de plus l'avantage d'être extrêmement léger. Il faut ensuite moins d'une heure pour y ajouter, si besoin est, des charnières, puis les vis de rappel. Par ce procédé le blessé peut être très vite soulagé par la mentonnière, sa mâchoire étant maintenue. La gouttière intra-buccale peut être faite et ajoutée ensuite. Pour l'exécution d'une mentonnière en aluminium, il faut pour tout bagage deux ou trois emboutissoirs à manches courts et un tas de plomb.

En temps de paix, le rôle médical du dentiste militaire est donc indiscutablement nécessaire. Dans nos régiments montés surtout, où les accidents de cheval sont fréquents, nos chirurgiens-dentistes pourraient mettre à profit leurs connaissances mécaniques acquises dans les écoles dentaires pour l'exécution d'appareils prothétiques pour fractures.

Quant à l'application par les chirurgiens-dentistes militaires d'appareils de la face, il serait peut-être exagéré d'affirmer que l'Etat consentirait à fournir, soit aux hôpitaux, soit aux ambulances, le matériel et l'outillage indispensables à leur exécution ; ce devrait donc être plutôt au chirurgien-dentiste civil que ce travail pourrait être confié.

C'est ainsi d'ailleurs que l'a compris la *British Dental Association* de Londres en adoptant en février 1902 les résolutions suivantes formulées à titre de vœux au « Royal Army Medical Corps » :

« 1° Que le soldat reçoive d'un chirurgien militaire dentiste les soins dentaires préventifs dès son entrée au corps pour éviter au régiment les charges de maladies par suite de troubles digestifs, à l'homme la souffrance, et par suite à l'Etat les frais d'exécution de la prothèse ;

2° Qu'un dentiste civil diplômé ou plusieurs, selon l'importance de la garnison, soient nommés officiellement pour mettre en état les dents des recrues avant leur entrée au corps ;

3° Que dans les détachements de troupes ne possédant pas de dentiste militaire un dentiste civil soit chargé d'entretenir les dents des soldats en bon état et de leur faire des pièces de prothèse ;

4° Que ces soins soient donnés à la caserne par le chirurgien-dentiste civil et que le temps de celui-ci soit rétribué à raison d'une guinée au minimum (26 fr. 15) par demi-journée de soins ou de travail, plus un supplément pour la pose de chaque appareil de prothèse dentaire ou de prothèse restauratrice autorisé et estimé par un P. M. O ;

5° Qu'un local spécial avec instruments, matériel et fournitures

dentaires, soit affecté par l'autorité militaire aux soins à donner aux soldats. »

Comme conclusion il ressort de tous ces règlements ou vœux :

1° Que les soins dentaires devraient être donnés en France à la caserne ou à l'hôpital — suivant le cas de paix ou de guerre — par des chirurgiens-dentistes militaires. Qu'exceptionnellement ils pourraient l'être par des chirurgiens-dentistes civils ;

2° Que la prothèse ne doit pas être considérée comme pouvant être exécutée par d'autres que les chirurgiens-dentistes civils sous la responsabilité des chirurgiens-dentistes militaires ; qu'en temps de guerre le rôle prothétique du chirurgien-dentiste militaire devrait se borner à exécuter surtout, et sur place, divers appareils pour fractures des maxillaires.

Tous les hommes valides passant aujourd'hui par la caserne, il serait urgent que nos jeunes chirurgiens-dentistes, y faisant aussi un stage, fussent désignés pour y donner les soins dentaires nécessaires à tous. De même que l'étudiant en médecine et en pharmacie, ils feraient utilement profiter leurs camarades de régiment des aptitudes professionnelles acquises avant leur incorporation, au lieu d'être employés à l'infirmerie à des besognes secondaires pouvant être confiées, sans inconvénient, au premier venu.

Il est donc louable que, dès maintenant, des hommes que nous sommes habitués à trouver toujours à l'avant-garde de la profession se fassent les défenseurs d'une si bonne cause ; nous comptons sur leur inlassable dévouement et nous devons ne leur ménager ni notre appui ni nos encouragements.

L. Delair.

## LIVRES ET REVUES

*Nous rappelons à MM. les Auteurs et Éditeurs que tous les ouvrages dont ils nous envoient deux exemplaires sont annoncés et analysés (s'il y a lieu). Les ouvrages doivent être adressés à M.* LE RÉDACTEUR EN CHEF, *45, rue de La Tour-d'Auvergne.*

### LIVRES REÇUS.

Notre confrère M. de Croës est l'auteur d'un traité sur les *sinus et sinusites maxillaires* dont il nous a offert un exemplaire. Nous rendrons compte ultérieurement comme il convient de cet intéressant ouvrage.

*
* *

Nous avons reçu une *contribution à l'étude de l'ostéosarcome du maxillaire supérieur chez les enfants* du Dr Paul Dauphin, de Montpellier, brochure de 59 pages avec figures.

*
* *

Nous avons reçu aussi le *Bulletin de l'Association générale des dentistes de Belgique* pour février 1902.

*
* *

Il nous a été adressé une série de brochures, qui sont pour la plupart des tirages à part d'articles publiés dans divers journaux allemands et autrichiens. Nous mentionnerons [1] *l'anesthésie locale par la cocaïne et son remplacement par l'hydrochlorate de cocaïne* du Dr Bloch ; *expériences sur la nirvanine, la tropacocaïne et l'orthoforme*, du Dr Dorn ; *la tropacocaïne*, du Dr Bauer ; *un nouveau brûleur Bunsen*, de M. Kappel ; *l'hémorragie dans les extractions dentaires et son traitement avec la stypticine*, du Dr Bloch ; *l'emploi du protoxyde d'azote en dentisterie*, du Dr Dorn ; *la stypticine en chirurgie dentaire*, par M. Marcus.

*
* *

M. le Dr A. Hentze vient de nous faire parvenir son rapport sur le fonctionnement de la clinique dentaire de l'Université de Kiel pendant le semestre d'hiver 1901-1902. Ce travail, qui est divisé en plusieurs parties, est accompagné d'un article original sur les dentomes, du même auteur.

1. Nous donnons la traduction des titres pour en faciliter la compréhension.

*
* *

M. E. Merck, de Darmstadt, nous a envoyé un exemplaire de ses *Annales de* 1901, publiées en mars dernier et portant le n° 190. Le lecteur y trouvera, comme dans toutes les publications de ce genre, des renseignements thérapeutiques intéressants.

*
* *

Nous avons reçu *La médication arrhénique*, brochure de 46 pages, du professeur Armand Gautier. Ce mémoire a été présenté à l'Académie de médecine en février 1902. On entend par médication arrhénique toute médication par les préparations arsenicales organiques dénuées de toxicité.

---

## Comptes rendus du Congrès de 1900.

Le 1er volume des comptes rendus du 3e Congrès dentaire international de 1900, consacré aux assemblées générales, a été distribué à tous les adhérents.

Les souscripteurs non adhérents au Congrès recevront ce volume dès qu'ils auront fait parvenir à M. Viau, trésorier, 47, boulevard Haussmann, la somme de 36 francs, montant de la souscription (frais de port en plus).

Ils sont invités, en conséquence, à vouloir bien adresser cette somme au plus tôt, afin d'être mis en possession de ce volume. Les deux autres leur seront envoyés dès qu'ils auront été publiés. Le second tome paraîtra prochainement.

---

## *Bulletin de la Fédération dentaire nationale.*

Le bureau de la Fédération dentaire nationale (F. D. N.) vient de faire paraître le premier Bulletin de la Fédération, contenant le compte rendu sommaire des travaux de la Fédération dans ses sessions de Paris et d'Ajaccio (1901-1902). Cette brochure de 42 pages mentionne la genèse de la formation de la Fédération, les divers éléments dont celle-ci se compose : Bureau, Comité exécutif, Commission d'enseignement, Commission d'hygiène et des services dentaires publics, délégués et sociétés adhérentes, ainsi que le fonctionnement de la Fédération grâce au règlement élaboré. Les procès-verbaux des réunions tenues par la Commission d'initiative, qui constituait l'embryon de la Fédération, par le Comité d'initiative qui lui a

succédé, par le Comité exécutif, par le Bureau et la Fédération elle-même, sont publiés *in extenso*. Enfin, sous la rubrique *annexes* sont reproduits un certain nombre de documents et de comptes rendus qui complètent les éléments contenus dans la première partie.

Tous ceux qui s'intéressent au mouvement professionnel en France et qui voient d'un bon œil l'éclosion et l'extension des syndicats professionnels tiendront à lire et à conserver cet opuscule, qui n'est que le 1er fascicule d'une série qui se continuera chaque année.

En vente, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, au prix de 1 fr. 50, frais de poste en sus.

---

*Fédération dentaire internationale. Session de Paris* (1900). *Séances du bureau* (1901-1902). *Session de Londres-Cambridge* (1902).

M. E. Sauvez, secrétaire général du Conseil exécutif de la Fédération dentaire internationale, et M. Roy, secrétaire de la Commission internationale d'enseignement, viennent de publier en collaboration les comptes rendus officiels des travaux de la Fédération en 1900 et 1901. La brochure, qui n'a pas moins de 117 pages, est divisée en cinq parties.

La première contient la nomenclature des divers organes de la Fédération : Conseil exécutif et Commissions, une notice historique et le règlement. La deuxième est consacrée au Conseil exécutif et donne le résumé des séances de ce Conseil, ainsi que des séances du bureau en 1900 et 1901, à Paris, à Londres et à Cambridge.

La troisième partie renferme les procès-verbaux des séances de la Commission internationale d'enseignement. La quatrième donne le compte rendu sténographique des séances de l'assemblée générale et relate les diverses fêtes offertes à la Fédération par leurs hôtes anglais.

La cinquième partie, subdivisée en deux, reproduit sous le titre d'*annexes* tous les documents : rapports, tableaux, propositions, lettres, etc., soumis aux discussions du Conseil exécutif et de la Commission internationale d'enseignement.

Il ne nous appartient pas de juger de l'œuvre de la Fédération, qui est d'ailleurs de création trop récente pour avoir porté des fruits, mais nous devons dire que le travail fait dans la session de Londres-Cambridge a été considérable et que le grand problème de l'enseignement professionnel y a été abordé avec une compétence et une autorité indiscutables. Les membres de la profession qui s'occupent d'enseignement dentaire et ceux que passionne cette question délicate et controversée liront avec grand intérêt et grand profit les discussions

élevées qui ont marqué la session de 1901 de la Fédération dentaire internationale.

Le volume est en vente, 45, rue de La Tour-d'Auvergne au prix de 3 francs, frais de port en sus.

---

A propos de l'élection de M. Galippe a l'Académie de médecine.

Nous avons annoncé dans un précédent numéro la nomination de M. Galippe à l'Académie de médecine. Nous reproduisons aujourd'hui la liste de ses travaux, que nous trouvons dans *la France médicale*.

M. Galippe, qui est docteur en médecine et pharmacien de 1re classe, a été préparateur des cours d'histoire naturelle à l'Ecole de pharmacie de 1873 à 1877, chef du laboratoire des Hautes-Etudes à l'Ecole de pharmacie de 1874 à 1877. Il est chef de laboratoire à la Faculté et dentiste des hôpitaux.

Ancien vice-président de la Société de biologie, membre fondateur de la Société de médecine publique, il a été lauréat de la Faculté (1876), de la Société de pharmacie de Paris (1877), de l'Académie de médecine, de l'Institut.

Voici, d'après ses notes, le résumé de ses travaux.

Ses premiers travaux eurent pour objet la toxicologie ; il entreprit une campagne pour démontrer l'innocuité presque complète des sels de cuivre (1870-1889). Le cuivre et ses composés passaient alors pour des poisons violents. Un homme (Moreau) venait d'être guillotiné pour un crime qu'il n'avait pas commis et qu'il n'aurait pu commettre, même avec la complicité de ses victimes supposées ; des commerçants étaient poursuivis pour des fraudes qu'ils ne soupçonnaient même point ; l'industrie des conserves reverdies par le sulfate de cuivre était menacée de suppression.

Il s'occupa aussi de l'empoisonnement par les cantharides et les préparations cantharidiennes, y compris le vésicatoire. Il a donné un procédé de préparation et de recherche de la cantharidine et indiqué un nouveau traitement de l'intoxication cantharidienne.

Parmi ses travaux d'hygiène il faut signaler ses deux volumes consacrés au pain (en collaboration avec le Dr Barré).

Avec M. Beauregard il fit paraître un volume sur la technique et les applications du microscope à l'histologie végétale, à la physiologie, à la chirurgie, à l'hygiène et à la médecine légale.

Avec M. Bourquelot il démontra que les filtres en porcelaine poreuse n'offraient pas aux organismes inférieurs une barrière impénétrable. C'est en partant de cette expérience fondamentale qu'il montra que les tissus vivants n'opposaient pas une résistance plus efficace à la pénétration des microbes. Les tissus végétaux sains ou réputés tels renferment des parasites ; il en est de même de la plupart de nos organes.

Avec M. Landouzy M. Galippe a étudié le rôle des microbes dans la production des tumeurs solides et liquides. Puis il a démontré la présence des micro-organismes dans les cristallins cataractés, et, avec M. Moreau d'Alger il a examiné le rôle que peuvent jouer certains organismes inférieurs dans la production des troubles de la vision.

Donnant une théorie générale de la formation des calculs et de la calcification des tumeurs ou des tissus de l'économie, il a pu reproduire artificiellement des calculs salivaires, expériences qui ont été ensuite étendues aux calculs biliaires, rénaux et vésicaux.

En stomatologie M. Galippe a signalé un nouveau champignon se développant dans la salive, la *Monilia sputicola ;* il a étudié les propriétés physiques et la constitution chimique des dents, ainsi que leurs modifications à l'état de santé et de maladie, puis a appliqué ces diverses notions à l'étude anthropologique du système dentaire de certaines peuplades, ainsi qu'à l'examen de la bouche de quelques criminels.

Avec M. Malassez il a fait connaître la nature, l'étiologie et le traitement d'une maladie grave, la *pyorrhea alveolaris,* étudiant le retentissement exercé sur cette affection par la syphilis, la tuberculose, et montrant qu'elle prépare et provoque des infections secondaires et n'est qu'une stomatite septique. La stomatite mercurielle doit donc disparaître du cadre nosologique comme elle disparaîtra des services hospitaliers, quand on le voudra. Dans le même ordre d'idées, il est certain que la nécrose phosphorée n'est qu'une nécrose infectieuse facile à prévenir.

Enfin M. Galippe a montré l'influence de la névropathie sur la production et sur l'hérédité des anomalies dentaires. Dans une série de recherches faites sur des dents réputées saines il a démontré qu'à une anomalie de forme correspondent toujours des anomalies de structure. Dans deux mémoires consacrés, l'un à l'étude de la droiterie et de la gaucherie, l'autre à l'étude des obsessions dentaires, il a mis en lumière l'influence des états névropathiques sur la localisation de certaines anomalies et sur la production des troubles mentaux retentissant sur la cavité buccale.

Voici d'ailleurs la liste des travaux spéciaux publiés par notre éminent confrère :

### Stomatologie humaine et comparée.

74. — Chute spontanée des dents et ataxie locomotrice (*Journal des Connaissances médicales,* 1882, p. 149).

75. — Observations sur le projet de réglementation de la profession de dentiste (*Journal des Connaissances médicales,* 1882).

76. — Rapport sur l'enseignement de l'Odontologie en Angleterre, adressé à M. le Ministre de l'Instruction publique (Paris, 1882. Masson).

77. — Rapport sur le fonctionnement d'une des Annexes du service médical de l'Ecole Monge. — Inspection de la bouche des élèves (Paris, 1883. G. Masson).

78. — Recherches sur les propriétés physiques et la constitution chimique des dents, sur les rapports du coefficient de résistance, à l'état de santé ou de maladie, avec les modifications de la nutrition (Paris, chez G. Masson, 1884).

79. — Le système dentaire des Fuégiens, en collaboration avec le Dr Hyades (*Journal des Connaissances médicales*, 1884).

80. — Notes sur le système dentaire de quelques suppliciés. Sur le système dentaire du supplicié C... (Paris, 1884. A. Davy).

81. — Septicémie buccale (*Journal des Connaissances médicales*, 1884).

82. — Note sur l'étiologie et le traitement de l'ostéopériostite alvéolo-dentaire (*Journal des Connaissances médicales*, août 1884, en collaboration avec M. Malassez).

83. — Pathologie comparée. Calcul salivaire de taille extraordinaire, extrait du canal de Stenon d'un cheval, en collaboration avec M. Mégnin (*Journal des Connaissances médicales*, 1884).

84. — Stomatite gangréneuse. Septicémie buccale (*Journal des Connaissances médicales*, 1885, p. 163).

85. — Instructions concernant les soins à donner aux dents et à la bouche des enfants (*Revue d'hygiène et Journal des Connaissances médicales*, 1885, p. 305).

86. — Sur un champignon non décrit développé dans la salive humaine (*Journal d'anatomie et de physiologie*, décembre 1885, avec une planche).

87. — Les altérations dentaires et la syphilis héréditaire (*Journal des Connaissances médicales*, 1886, p. 59).

88. — Calcul salivaire de la glande sous-maxillaire, présence d'un parasite (*Journal des Connaissances médicales*, juillet 1886).

89. — Note sur les altérations des dents dans l'ataxie locomotrice (*Journal des Connaissances médicales*, 1886).

90. — Note sur la vitalité de l'émail (*Journal des Connaissances médicales*, octobre 1886).

91. — Des obturations préventives (*Journal des Connaissances médicales*, novembre 188 ).

92. — Note sur le système dentaire de quatre suppliciés (*Journal des Connaissances médicales*, 1886).

93. — De l'hygiène de la bouche suivant les âges et suivant les sexes. Conférence faite à l'Association des Dames françaises, 1 broch. in-4°. Paris 1887.

94. — Observations sur une formule de stéatite dentifrice (*Journal des Connaissances médicales*, 1887).

95. — La droiterie et la gaucherie sont-elles fonctions de l'éducation ou de l'hérédité ? (*Journal des Connaissances médicales*, 1887).

96. — Note sur un obturateur destiné à remplacer une partie du maxillaire supérieur enlevé à la suite d'épithélioma (*Journal des Connaissances médicales*, 1887).

97. — Sur une nouvelle application du chlorure de méthyle liquéfié comme anesthésique local (*Journal des Connaissances médicales*, 1888).

98. — Pathogénie des kystes radiculo-dentaires (*Journal des Connaissances médicales*, 1888).

99. — Note sur la gingivite arthro-dentaire infectieuse (*Journal des Connaissances médicales*, 1888).

100. — Anomalie de nombre et gingivite arthro-dentaire infectieuse (*Journal des Connaissances médicales*, 1888).

101. — Perforation de la voûte palatine. Anomalies de siège. Appareil servant à la fois d'obturateur et de correcteur (*Journal des Connaissances médicales*, 1888).

102. — Note sur l'existence d'une maladie analogue à la gingivite arthro-dentaire infectieuse chez l'éléphant d'Asie (*Journal des Connaissances médicales*, 1888).

103. — A propos du traitement de la gingivite arthro-dentaire infectieuse. Pyorrhea alveolaris (*Journal des Connaissances médicales*, 1888).

104. — Altérations des dents sous l'influence d'un séjour prolongé dans le sol (*Journal des Connaissances médicales*, 1888).

105. — Rotation sur l'axe de la deuxième petite molaire supérieure gauche, par rétention dans le maxillaire de la deuxième molaire provisoire ; considérations sur la résorption des dents de lait (Comptes rendus de la Société de Stomatologie, 1888).

106. — A propos de la droiterie et de la gaucherie. Observations sur un mémoire du Dr Talbot, de Chicago : *de l'étiologie des irrégularités des maxillaires et des dents.*

107. — Note sur les microorganismes de la carie dentaire, en collaboration avec M. le Dr Vignal (*Journal des Connaissances médicales*, 1889).

108. — Examen d'une molaire d'éléphant (*Journal des Connaissances médicales*, 1889).

109. — Du rôle des parasites infectieux dans la genèse des accidents de l'évolution de la dent de sagesse (*Journal des Connaissances médicales*, 1889).

110. — Quelques remarques sur la vitalité des microbes de la carie et sur la thérapeutique générale de cette lésion (*Journal des Connaissances médicales*, 1889).

111. — Sur la dent relique de Ceylan, d'après « Memoir on the history of the tooth-relic of Ceylan ; with a preliminary essay on the life and system of Gautama Buddha by J. Gerson Da Cuna (Bombay), 1875 » (*Journal des Connaissances médicales*, 1890).

112. — Observations contre le projet de réglementation de la profession de dentiste (*Journal des Connaissances médicales*, 1890).

113. — La gingivite arthro-dentaire infectieuse (pyorrhea alveolaris) et l'arthritis. Considérations sur l'étiogénie et le traitement de cette affection (*Journal des Connaissances médicales*, 1890).

114. — Note sur une tumeur du bord alvéolaire (*Journal des Connaissances médicales*, 1890).

115. — Des gingivo-stomatites septiques et en particulier de la gingivo-stomatite mercurielle (*Journal des Connaissances médicales*, 1890).

116. — Note sur l'étiologie et sur les complications de la gingivite arthro-dentaire infectieuse (pyorrhea alveolaris) (*Journal des Connaissances médicales*, 1890).

117. — Rhumatisme aigu localisé à l'articulation temporo-maxillaire (*Journal des Connaissances médicales*, 1890).

118. — De l'obsession dentaire (*Journal des Connaissances médicales*, 1891). Ce travail a été inspiré par M. le prof. Charcot.

119. — Note sur des accidents toxiques d'origine intestinale (*Journal des Connaissances médicales*, 1891).

120. — Note sur une altération non décrite de la racine des dents, d'origine inconnue (*Journal des Connaissances médicales*, 1891).

121. — Recherches d'anatomie normale et pathologique sur l'appareil dentaire de l'éléphant (*Journal de l'anatomie et de la physiologie normales et pathologiques de l'homme et des animaux*, août 1891, avec 36 figures).

122. — Note sur certaines difficultés d'extraction des dents surnuméraires (*Journal des Connaissances médicales*, 1891).

123. — Note sur un crâne de lapin de garenne présentant un développement anormal des deux incisives (*Journal des Connaissances médicales*, 1892 .

124. — Anomalie de forme d'une dent temporaire présentant un tubercule supplémentaire (*Journal des Connaissances médicales*, 1892).

125. — Moulage d'une mâchoire d'enfant présentant une molaire temporaire ayant une forme conoïde (caniniforme) (*Journal des Connaissances médicales*, 1892).

126. — Ostéite infectieuse du maxillaire inférieur droit, consécutive à l'ex-

traction d'une grosse molaire. Formation d'un volumineux séquestre. Extraction. Examen histologique (*Journal des Connaissances médicales*, 1892).

127. — Fracture spontanée de la grosse molaire inférieure droite, chez une femme neuro-arthritique, atteinte de gingivite arthro-dentaire infectieuse (pyorrhea alveolaris). Extraction, examen anatomo-pathologique (*Journal des Connaissances médicales*, 1892).

128. — Note sur les difficultés de diagnostic de certains abcès d'origine dentaire, occupant la région mentonnière (*Journal des Connaissances médicales*, 1892).

129. — Notes sur les lésions présentées par des dents de sagesse dont l'éruption a été accompagnée d'accidents infectieux (*Journal des Connaissances médicales*, 1892).

130. — Dent morte réimplantée dans un alvéole artificiel. Chute spontanée. Examen anatomo-pathologique (*Journal des Connaissances médicales*, 1892).

131. — Des accidents de la dentition (*Journal des Connaissances médicales*, 1892).

132. — Accumulation de stigmates physiques chez un débile. Brachycéphalie, plagiocéphalie, acrocéphalie, asymétrie faciale, atrésie buccale, syndactylie des quatre extrémités. En collaboration avec M. Magnan (*Journal des Connaissances médicales*, 1892).

133. — Des gingivo-stomatites septiques et en particulier de la gingivo-stomatite mercurielle (*Journal des Connaissances médicales*, 1892).

134. — Sur l'application d'un bétol camphré à la thérapeutique dentaire (*Journal des Connaissances médicales*, 1892).

135. — Gingivite. Infection généralisée. Endocardite. Mort rapide (*Journal des Connaissances médicales*, 1894, avec figures. En collaboration avec M. Potier).

136. — Gingivite arthro-dentaire infectieuse (pyorrhea alveolaris) chez différents animaux.

137. — Le mal perforant buccal (*Journal des Connaissances médicales*, 1894).

138. — Le mal perforant buccal, deuxième note (*Journal des Connaissances médicales*, 1894).

139. — Sur deux cas de noma. En collaboration avec M. Marfan (*Journal des Connaissances médicales*, 1894).

140. — Note sur l'emploi de certains antiseptiques en stomatologie (*Journal des Connaissances médicales*, 1894).

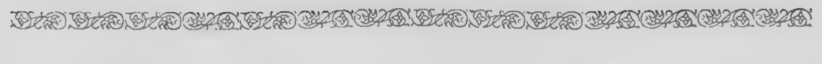
141. — Note sur la recherche de l'acide urique dans le tartre salivaire au cours de la pyorrhée alvéolaire (gingivite arthro-dentaire infectieuse) (*Journal des Connaissances médicales*, 1896).

142. — Nouvelles recherches sur la non-existence de l'acide urique dans le tartre salivaire et dans l'extrémité des racines de dents envahies par le tartre (*Journal des Connaissances médicales*, 1897).

143. — Notes pour servir à l'histoire de l'hypertrophie du cément, envisagée en particulier comme cause de névralgies rebelles (*Journal des Connaissances médicales*, 1897, avec 4 figures dans le texte).

144. — Note sur les troubles de développement et sur les anomalies de structure observées : 1° dans les dents surnuméraires ; 2° dans les dents comprimées par pression réciproque, dans les cas d'atrésie des maxillaires (*Journal des Connaissances médicales*, 1897).

145. — Etude critique et expérimentale sur une forme d'ostéite infectieuse dite « nécrose phosphorée » (*Journal des Connaissances médicales*, 1897, avec figures.)



# NOUVELLES

### Changement de nom.

Nous avons annoncé dans notre numéro du 30 mars 1901 la formation de l'*Association des chirurgiens-dentistes diplômés de Bordeaux et de la région* et dans notre numéro du 15 août 1901 la création de l'*Association odontologique de Bordeaux*. Nous venons d'être informés que la seconde Société n'est autre que la première, qui a changé de nom. Le président actuel est M. Armand, 32, cours de Tourny, Bordeaux.

---

### Enseignement dentaire en Portugal.

Une pétition a été adressée au Président du Conseil des Ministres du Portugal pour demander la création dans le royaume d'un enseignement dentaire au moyen d'une Ecole dentaire ou d'un cours de chirurgie dentaire et d'une clinique odontologique dans les écoles de médecine.

---

### Congrès annuel de l'Association dentaire britannique.

L'Association dentaire britannique tiendra son Congrès annuel de 1902 les jeudi 22, vendredi 23 et samedi 24 mai à Shrewsbury.

Le programme préliminaire comprend une séance du Conseil représentatif, des assemblées générales, des réunions de la section de micrographie, des communications orales avec discussions, des démonstrations pratiques et une exposition d'instruments dentaires.

Les fêtes se composeront de réceptions, d'un banquet et d'excursions.

---

### Concours pour la nomination de dentistes des hôpitaux.

A la suite du concours pour la nomination de dentistes des hôpitaux dont nous avons parlé dans notre dernier numéro il a été attribué les points suivants pour la dissertation écrite :

| | | |
|---|---|---|
| MM. | Capdepont | 28 points |
| | Robin | 26 » |
| | Lebedinsky | 25 » |
| | Nogués | 24 » |
| | Cires | 24 » |
| | Page | 20 » |

A l'épreuve de clinique générale, M. Nogué, pour le diagnostic d'une ostéo-arthrite tuberculeuse du pouce avec tuberculose pulmonaire, a obtenu 18 points.

M. Capdepont, pour le diagnostic d'une pneumonie non déclarée avec commencement de tuberculose pulmonaire, a obtenu 16 points.

---

### Congrès d'Odessa.

Le Congrès des chirurgiens-dentistes russes d'Odessa aura lieu du 4 au 9 août prochain.

Il doit y être désigné des représentants de la Russie à la Fédération dentaire internationale.

---

### Congrès des mécaniciens-dentistes.

Un Congrès de mécaniciens-dentistes a lieu à Vienne (Autriche) les 17, 18 et 19 mai 1902.

Ce Congrès comprend des rapports sur la situation légale de la corporation, des communications techniques et des démonstrations.

Les adhésions à ce Congrès sont très nombreuses aussi bien des diverses parties de l'Empire que de l'étranger.

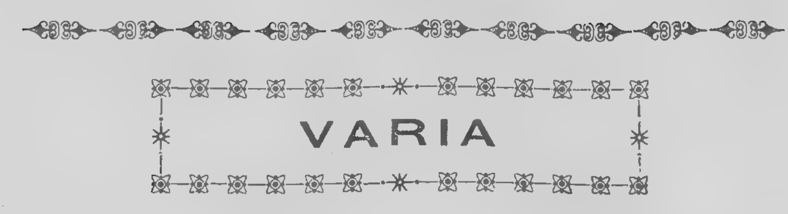
---

### Réunions américaines.

L'Association dentaire nationale se réunira à Niagara Falls les 5, 6 et 7 août.

L'Association nationale des examinateurs dentaires se réunira à Niagara Falls le 1er août.

L'Association nationale des Facultés dentaires se réunira le 31 juillet.



# VARIA

## LA DENTITION DE NAPOLÉON

Lisant l'autre jour le livre de lord Rosebery, *Napoléon. Sa dernière phase*, j'ai constaté une fois de plus combien il est difficile de se fier à l'histoire, même écrite par des témoins oculaires. A la fin de son volume, l'auteur rapporte les jugements sur l'apparence physique de Napoléon lorsqu'il monta à bord du *Bellérophon*. Ces jugements sont ceux des officiers du bord.

Nous prendrons seulement un détail. Le capitaine Maitland écrit : « Les yeux sont d'un gris clair, les dents bonnes. »

Vient un autre officier, Senhouse, qui dit : « Les yeux sont bleu clair. Il a de vilaines dents. »

D'après Bunbury, « Napoléon a les yeux gris, ses dents sont vilaines et malpropres. »

Lady Macolun a vu Napoléon avec « des yeux clair ou gris, de bonnes dents blanches et égales, mais petites. » Elle le trouve « bien proportionné, quoique trop gros ».

Enfin, nous avons le témoignage du chirurgien militaire Henry. Celui-ci ne nous renseigne pas sur l'état de la dentition du grand homme, ni sur la couleur de ses yeux, mais il le dépeint ainsi : « En somme, il avait plutôt la mine d'un gros moine espagnol ou portugais que du héros des temps modernes ».

Nous voilà, on l'avouera, bien documentés !

Pas même moyen de savoir si Napoléon avait de bonnes ou de mauvaises dents, des yeux gris ou des yeux bleus ! Et tous ces témoins, cependant, l'ont vu, lui ont parlé, sont restés plusieurs jours en sa compagnie !

Comment après cela, croire que l'histoire puisse nous fournir une certitude absolue sur des questions d'un ordre abstrait, alors que des historiens, qui sont des témoins oculaires, n'arrivent même pas à préciser des faits matériels qu'ils ont eu toutes facilités de vérifier !

H. Harduin. (*Le Matin.*)

---

### Pris au piège.

Un individu, Maurice Desbordes, se disant secrétaire d'avocat, se présentait, muni d'une lettre de recommandation, chez un

dentiste fort connu de la rue d'Antin, pour lui demander un emploi.

Après son départ, le dentiste s'aperçut que Maurice Desbordes, qu'il avait reçu dans un petit salon attenant à son cabinet de travail, lui avait dérobé une toile de 27 × 36, un Corot authentique.

Sans retard, il écrivit à son peu scrupuleux obligé pour lui annoncer que ses démarches avaient abouti et qu'il lui avait trouvé un emploi rémunérateur.

Lorsque Maurice Desbordes se présenta de nouveau chez son bienfaiteur, on l'introduisit dans la même pièce, où l'on avait eu le soin de déposer sur le canapé, enveloppé dans un mouchoir de dentelle, un porte-monnaie contenant cinq pièces d'or marquées d'un signe imperceptible.

Ce que le dentiste avait prévu arriva : le filou, se croyant seul, ouvrit le porte-monnaie et s'empara de l'argent qu'il contenait et remit le tout en place. Mais au même instant, un inspecteur de la sûreté, qui l'observait par la porte entre-bâillée, survint tout à coup et l'appréhenda au collet.

Maurice Desbordes a été envoyé au dépôt par M. Peschard, commissaire de police. Il a refusé de faire connaître ce qu'il avait fait du fameux Corot.

(*Le Petit Journal.*)

---

## Sans douleur !

Un monsieur, se disant chirurgien-dentiste américain plusieurs fois diplômé et médaillé, et qui, en réalité, passait pour avoir quelque talent dans l'art de réparer les mâchoires endommagées, avait acquis, il y a quelques mois, une certaine réputation auprès des demi-mondaines.

Henri P..., très bel homme, âgé de vingt-six ans, qui devait à sa moustache noire plus d'une conquête, avait cependant, malgré toutes ses indiscutables qualités, une déplorable habitude. Pour opérer ses malades « sans douleur », il se rendait à domicile, les endormait ; puis il profitait régulièrement de leur sommeil pour leur extraire, outre la molaire gênante, l'argent ou les bijoux que, sans façon, il prenait dans les tiroirs.

Dernièrement, il rencontrait chez M^lle^ X... l'amant de la dame, un fougueux capitaine de gendarmerie, lequel, enchanté de ses services, l'introduisait chez sa femme ; cette dernière même ne tarda pas à lui établir une solide réputation auprès de toutes ses amies.

— Ce dentiste est extraordinaire, disait-on de lui à tout propos. Moyennant quelques vieilles bagues, pendants d'oreilles ou autres

bijoux d'un inutile usage, il arrache, plombe, aurifie mieux que personne, et toujours gracieux, toujours aimable...

Un jour qû'il avait fait chez toutes ses clientes une abondante moisson d'objets de valeur qu'il devait convertir en un lingot destiné à aurifier beaucoup de dents, il partit rapidement, oubliant de laisser son adresse.

Enfin, une autre fois, Henri P... se présentait chez un grand bijoutier du quartier de l'Opéra et obtenait du marchand, sur une recommandation particulière à laquelle le bijoutier n'avait rien à refuser, un crédit de sept mille francs de bijoux destinés, disait-il, à sa fiancée. Inutile de dire que la recommandation n'avait pas tardé à être reconnue fausse par le marchand de bijoux.

Or, par la suite le neveu de ce dernier, un jeune Arménien, M. R..., qui avait remarqué le dentiste dans le magasin de son oncle, se trouvait brusquement en face de lui, rue de la Chaussée-d'Antin.

A sa vue. Henri P... tenta de prendre la fuite, mais il fut bientôt poursuivi par une foule toujours croissante qui s'était ameutée aux cris désespérés du jeune homme.

Deux agents de service devant la porte du commissariat de la rue de Provence se trouvèrent là à point pour escamoter vivement le fuyard, qui, tremblant de peur, s'appuya en pâlissant le long des murs à la seule pensée du lynchage auquel il venait d'échapper par miracle.

Devant M. Tanguy, commissaire de police du quartier de la Chaussée-d'Antin, Henri P... fit des aveux complets et remit au magistrat les nombreuses reconnaissances du Mont-de-Piété qu'il avait sur lui.

Il a été envoyé au Dépôt.

---

Une faillite de quarante millions. — Ruiné, mais opulent.

En 1899 les habitants de Londres apprenaient un beau matin qu'Ernest Terah Hooley, le fameux financier et lanceur d'affaires telles que le Pneumatique Dunlop, le Bovril et autres entreprises colossales, avait déposé son bilan pour la somme modeste d'une quarantaine de millions. Ses créanciers ont jusqu'à présent recouvré 10 o/o de leurs créances, mais M. Hooley ne s'en porte pas plus mal. Comme agent de sa femme, à laquelle, entre parenthèses, il avait transféré un revenu énorme avant la débâcle, il dépense par an une somme qu'il avoue ne pas être inférieure à 375,000 francs, en disant à qui veut l'entendre que l'argent est fait pour rouler.

Enfin, comme pour narguer les infortunés qu'il a ruinés et qui meurent de faim aujourd'hui, le dangereux financier vient de se signaler à l'attention publique par une nouvelle excentricité.

Un saint-bernard, chien préféré de Mme Hooley, souffrait, paraît-il, d'une dyspepsie chronique due à de mauvaises dents. Aussi l'animal vient-il d'être pourvu d'un ratelier complet monté sur or et exécuté par un des plus fameux dentistes de Londres.

---

### Suicide d'un ancien dentiste.

On a trouvé, avenue des Loges, dans la forêt de Saint-Germain, le corps d'un homme proprement vêtu, qui s'était empoisonné avec du cyanure de potassium dont il avait conservé un fragment dans sa poche.

Les papiers qu'il portait ont permis de le faire reconnaître tout de suite. C'est un nommé Félix Verrier, âgé de soixante-dix ans, né à Paris, et qui a exercé la profession de dentiste. Il a habité assez longtemps Saint-Germain et en dernier lieu Bougival, où il avait des parents qui ont été avertis aussitôt.

Son corps a été transporté à la Morgue.

# TRIBUNE OUVERTE.

QUESTIONS ET RÉPONSES.

N. B. Nous sommes à la disposition de nos lecteurs pour publier les questions qui nous seront adressées et nous serions heureux que cette insertion provoquât des réponses, que nous accueillerons tout en *déclinant toute responsabilité au sujet des opinions émises.*

Toutefois nous ne pouvons donner suite qu'aux questions ou réponses signées; mais la publication peut en être faite sous un pseudonyme choisi par l'auteur. *Prière de ne pas insérer ces communications dans le corps d'une lettre, mais sur feuillet spécial écrit d'un seul côté.*

? N° 172. — *A quoi faut-il attribuer la teinte rougeâtre que prennent certaines dents anglaises après le travail de la soudure?* J. P.

? N° 190. — *Y a-t-il différentes qualités de dents artificielles d'une même marque? Les fournisseurs peuvent-ils ainsi acheter des dents de qualité inférieure, ce qui expliquerait le grand nombre de fractures des dents artificielles?*
A. A.

? N° 193. — *Quels sont les traités et manuels sur l'Orthodontie et les redressements les plus importants en* FRANÇAIS, *en* ALLEMAND *et en* ANGLAIS?
Dr H.

? N° 197. — *L'opération du bec-de-lièvre par la méthode Brophy a-t-elle été faite à Paris et par qui? Quel âge est exigé pour cela?* E.

? N° 199. — *Mes confrères ne sont-ils pas d'avis comme moi de donner une forme carrée ou triangulaire aux têtes des crampons pris dans la porcelaine des dents? — La force de ces crampons ayant beaucoup diminué depuis quelque temps, il s'ensuit qu'avec leurs têtes rondes ils tournent et se déprennent avec une grande facilité.* A. D.

? N° 200. — *Le* Dental Cosmos *de décembre 1899 a reproduit une gravure du buste d'Horace Wells. Où peut-on trouver une photographie ou une meilleure gravure de ce buste, ou quelque autre portrait de cette gloire de notre profession? Existe-t-il aussi des portraits de Jackson et de Morton?* R. B.

? N° 201. — *Au sujet de la patente et des contributions, un contrôleur me dit: « Le chirurgien-dentiste est imposé au 1/15 du droit proportionnel de l'habitation, ainsi du reste que celui qui fabrique, qui vend des râteliers, des dents tableau D. »*

*Le même contrôleur ajoute: « Les dentistes non pourvus de diplôme rentrent dans la 7e classe, mais vous vendez des dents; donc je vous fais figurer au tableau D. »*

*Très bien. Mais alors à qui pourrait bien s'appliquer dans la profession ce privilège, au point de vue de l'impôt, de figurer à la 7e classe? Le chirurgien-dentiste vend des dents, le patenté en vend, le mécanicien aussi. Quel est donc le dentiste « non pourvu de diplôme » qui peut bénéficier du privilège, dis-je, d'avoir des impôts moins lourds et qui ne vend pas de dents?* L. G.
*dentiste patenté.*

☞ *Réponse.* — Aux termes de la loi du 28 avril 1893, le droit proportionnel est fixé au 1/15 de la valeur locative de tous les locaux occupés par les patentables exerçant les professions ci-après, qui comportent le droit proportionnel sans droit fixe... chirurgiens..., *dentistes*..., médecins..., officiers de santé..., vétérinaires.

Par exception, le taux est du 1/12, au lieu du 1/15 pour tous les locaux soumis au droit proportionnel :

1° Lorsque, exerçant sa profession à Paris, le patentable occupe, soit dans cette ville, soit ailleurs, des locaux imposables d'une valeur locative totale de plus de 4.000 fr. ;

2° Lorsque, exerçant sa profession dans une autre ville de plus de 100.000 âmes, il occupe, soit dans cette ville, soit ailleurs, des locaux imposables d'une valeur locative totale de plus de 2.000 fr.

... Sont exempts du droit proportionnel les patentables de la 7e classe du tableau A qui exercent leur profession en ambulance sous échoppe ou en étalage, — *ou qui résident dans les communes d'une population de 20.000 âmes et au-dessous...*

Depuis la loi du 8 août 1890, les dentistes sont tous compris dans le tableau D ; on n'a plus à rechercher s'ils sont ou non pourvus d'un diplôme, ce qui, autrefois, les différenciait, dans le tarif, des médecins ou des chirurgiens.

Voici, au surplus, ce que dit le *Code des lois politiques et administratives de Dalloz* (t. IV, p. 299, nos 6024 à 6026) : « Est dentiste (tableau D), celui qui ne se borne pas à fabriquer des râteliers et des pièces dentaires, mais tient un cabinet ouvert au public où il pratique l'art dentaire. Depuis la loi du 30 novembre 1892, l'individu qui exerce la profession de dentiste sans en avoir le diplôme est néanmoins en cette qualité imposable à la patente (*C. d'Etat*, 21 nov. 1896).

» Quant à la patente de marchand de dents et râteliers, elle est applicable à celui qui, n'ayant pas de cabinet et n'exerçant pas la profession de dentiste, vend des dents artificielles et des fournitures pour la confection des râteliers, alors même qu'il ne vendrait pas des râteliers complets (*C. d'Etat*, 22 février 1878).

» Mais il n'y aurait lieu d'imposer que comme dentiste celui qui ne vendrait qu'accessoirement à cette profession des dents et râteliers artificiels (*C. d'Etat*, 19 mars 1864). »

F. W.

? N° 202. — *Un dentiste diplômé a-t-il le droit de se faire remplacer par un opérateur non diplômé, mais étudiant, en cours d'études et ayant deux années de scolarité ?* H. A. J. K.

☞ *Réponse.* — Suivant un arrêt de la Cour de Rennes, du 6 décembre 1894, celui qui s'engage à exécuter pour un dentiste, dans l'atelier ou dans le cabinet de ce dernier ou ailleurs, tous les travaux concernant la prothèse dentaire, ainsi que les opérations de dentisterie, lorsque, au moment où il a pris cet engagement, il ne remplissait pas les conditions exigées par la loi, contracte une obligation dont la cause est illicite.

Est nulle (porte un arrêt de Cassation du 19 novembre 1895), sous l'empire de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine, la convention qui intervient entre un dentiste et un individu ne remplissant pas les conditions exigées par la dite loi pour l'exercice régulier de la profession de dentiste, aux termes de laquelle le second a été engagé par le premier pour exécuter dans l'atelier de celui-ci, ou dans son cabinet, ou ailleurs, tous les travaux concernant la prothèse dentaire, ainsi que les opérations de dentisterie.

F. W.

? N° 205. — *Combien y a-t-il de dentistes établis : 1° dans toute la France et 2° à Paris seulement ?*

? N° 206. — *Un dentiste patenté en 1890, mais ayant cessé d'exercer en 1891, peut-il s'établir aujourd'hui ?*

? N° 207. — *La loi de 1892 exigeant des dentistes patentés l'inscription au rôle des patentes au 1er janvier 1892, pour pouvoir exercer, pourquoi la Faculté de médecine permet-elle de s'inscrire et de subir les examens et confère-t-elle le diplôme de chirurgiens-dentistes à des patentés de 1892 ?*

*Est-ce simple tolérance, ou erreur ?*

*Un diplôme ainsi conféré a-t-il une valeur légale, ou peut-on la faire annuler ?*

L. G.

☞ *Réponse.* — L'article 32 de la la loi de 1892 est formel, et comme le dit l'avis du *Conseil d'Etat* du 14 juin 1895, le législateur n'a entendu par là faire bénéficier de la disposition transitoire que les praticiens justifiant qu'ils exerçaient antérieurement à cette date.

Un arrêt de la Cour de Rennes du 20 juillet 1896 porte expressément que le dentiste qui n'aurait pris une patente que dans le cours de l'année 1892 ne pourrait pas invoquer le bénéfice de cet article 32.

Le décret d'administration publique du 25 janvier 1893 ne fait que renforcer cette interprétation, et l'inscription à la date déterminée de janvier est la condition *sine quâ non* de l'admission au bénéfice des mesures transitoires (Cass. crim., 9 nov. 1899).

Mais cet article 32 ne dit pas que, pour prendre inscription à la Faculté de médecine, le dentiste devra être patenté en 1891.

L'article 30 de la loi stipule simplement qu'un règlement délibéré en Conseil supérieur de l'instruction publique déterminera les conditions dans lesquelles un dentiste qui bénéficie des dispositions transitoires pourra obtenir le diplôme de chirurgien-dentiste. C'est dans ces conditions qu'est intervenu le décret du 25 juillet 1893, et l'article 5 de ce décret autorise les dentistes patentés de 1891 à postuler le diplôme de chirurgien-dentiste à la seule condition de subir les examens prévus par l'article 3 de ce décret, et dispense, en outre, les dentistes français inscrits antérieurement à 1889 du 1er examen.

Hors de là, rien n'est régulier ni légal, et le diplôme conféré n'aurait pas de valeur.

F. W.

## Avis relatif au recouvrement des cotisations

**Les membres de l'Association et les abonnés du Journal domiciliés dans les *Colonies* ou à l'*Etranger*, qui ont des *cotisations en retard*, sont priés de bien vouloir en adresser le montant, en un mandat-poste international ou en un chèque sur un établissement financier de Paris.**

**Pour L'ASSOCIATION, au *Trésorier :* Jules d'Argent................ } 45, rue de La Tour-d'Auvergne, Paris.**
**Pour le JOURNAL, à l'*Administrateur Gérant :* Ed. Papot.............. }**



**AVIS** La brochure du Dr Rose « *Guide de l'hygiène dentaire buccale* », publiée dans ce journal, est en vente au bureau de *L'Odontologie*. Comme il n'en a été tiré qu'un certain nombre d'exemplaires, les dentistes qui seraient désireux d'en faire l'acquisition pour la distribuer à leur clientèle pourront la recevoir en en faisant immédiatement la demande à raison de 20 fr. les 100 exemplaires et 12 fr. 50 les 50 (frais de port en sus).

# RENSEIGNEMENTS UTILES

**La ligne : 20 francs par an,**
**Lignes en sus : 10 fr. la ligne** } **dans 24 numéros.**

## CERTIFICAT D'ÉTUDES.

**Préparation permanente et spéciale,** succès garanti. Conditions à forfait, s'inscrire tous les jours de 3 à 5 h. chez M. Darlès, 5, rue Danton.

**Institut des Langues et des Sciences. A. Debraux,** dir., 17, fg. Montmartre. 48 élèves reçus (noms et adresses publiés) ces deux dernières années, 200 francs pour l'année scolaire. 2 heures de cours par jour. Examens de 1901 : 24 reçus. **Les 4/5 du cours de 1901 reçus.**

**Préparation spéciale** par le Docteur **Achille LOMBARD** O. ✿ C. ✻. ancien Secrétaire du Jury de la Sorbonne, 3, boulevard Sébastopol, PARIS.

## CONTINUOUS GUM

**B. Platschick,** 3, rue Ventadour (*Laboratoire spécial*). TÉLÉPHONE 222.82.

## FOURNITURES GÉNÉRALES.

**Billard (L. Lemaire successeur),** 4, passage Choiseul, PARIS. TÉLÉPHONE 264.30.
**Comptoir international,** 15, avenue Fonsny, BRUXELLES.
**Contenau et Godart fils,** 7, rue du Bouloi, PARIS. TÉLÉPHONE 214.53.
**Cornelsen,** 16, rue Saint-Marc, TÉLÉPHONE 218.69.
**Vve Jules Friese,** 3, rue de Londres, *près la Trinité*, PARIS.
**Alfred Joliot** (à la Cloche), 193, rue St-Martin. TÉLÉPHONE 271.51.
**Colin Logan fils,** 113, rue Réaumur, *près la Bourse*, PARIS. TÉLÉPHONE 288.79.
**L. Mairlot,** 24, place Sainte-Gudule, BRUXELLES. TÉLÉPHONE 1429.
**Mamelzer et fils,** 40, rue Croix-des-Petits-Champs, PARIS.
**Reymond frères**
22, rue Le Peletier, PARIS.
44, place de la République, LYON.
69, rue de la Croix de fer, BRUXELLES.
3, rue Petitot, GENÈVE.
**Victor Simon et Cie,** 54, rue Lamartine, PARIS. TÉLÉPHONE 269.45.
***Société Française de Fournitures Dentaires.***
58 bis, Chaussée-d'Antin, Paris
TÉLÉPHONE 214.47.
45, r. de la République, Lyon.
*Grande exposition*, au dépôt de PARIS, de toutes les *Nouveautés dans l'outillage* de MM. les Dentistes.
**Vve J. Wirth,** 22-24, avenue Philippe-Auguste, PARIS. TÉLÉPHONE 923.48.

## IMPRESSIONS EN TOUS GENRES.

**A. Mellottée,** imprimeur de *L'Odontologie*, à CHATEAUROUX.
**J. Fanguet, Georges Clotte, successeur,** fournisseur de l'*École Dentaire*, 28, rue d'Enghien, à PARIS.

## MATIÈRES OBTURATRICES.

***Email Plastique.*** **Vve Jules Friese,** 3, rue de Londres, PARIS.
***Amalgame Fellowship.*** Société Française de Fournitures Dentaires.

## OPALINE, MIROIRS DE BOUCHE.

**L. Deglain,** 88 et 92, quai Jemmapes, PARIS.

## PRODUITS ANESTHÉSIQUES.

***Anestile.*** **Dr Bengué,** 47, rue Blanche, PARIS.
***Anesthésique local du Dr R. B. Waite.*** Société Française de Fournitures Dentaires.

## PRODUITS PHARMACEUTIQUES

***Formyl-Géranium.*** Société Française de Fournitures Dentaires.
***Xyléna.*** Liquide antiseptique. Société Française de Fournitures Dentaires.

## PROTHÈSE A FAÇON.

**Lalement et Coutif,** 5, rue de Laborde (Travaux artistiques). TÉLÉPHONE 550.73.
**B. Platschick,** 3, rue Ventadour (*Laboratoire spécial*). TÉLÉPHONE 222.82.

## RECOUVREMENTS D'HONORAIRES.

**Syndicat Français,** 131, boulevard de Sébastopol, PARIS.

22e ANNÉE. N° 10 30 MAI 1902 VOL. XXVII




**_L'Odontologie_ est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.**

---

## A NOS LECTEURS

Nous consacrons la plus grande partie de ce numéro au compte rendu des réunions de la session de la Fédération dentaire nationale qui s'est tenue à Paris les 24 et 25 mai, et à la publication des différents rapports qui y ont été présentés. Le prochain numéro, qui paraîtra presque en même temps que celui-ci, contiendra les discussions, les toasts et le compte rendu de la séance de démonstrations pratiques.

*L'Odontologie,* qui est heureuse d'offrir l'hospitalité aux intéressantes questions traitées dans cette session, tient à honneur de se mettre ainsi à la disposition du très important Groupement professionnel de la F. D. N. et à coopérer avec lui aux progrès scientifiques, moraux et matériels des chirurgiens-dentistes et de l'art dentaire français, ainsi qu'au développement de l'autonomie de la science odontologique.

Nous sommes heureux également de pouvoir publier dès aujourd'hui, grâce à notre excellent confrère, M. Field Robinson, le compte rendu du meeting annuel de la British Dental Association, qui a eu lieu à Shrewsbury les 22, 23 et 24 mai dernier.

LA RÉDACTION.

# F. D. N.

## *FÊTE DE LA FÉDÉRATION DENTAIRE NATIONALE*

*La fête offerte par les Sociétés dentaires parisiennes à la Fédération dentaire nationale à l'occasion de sa réunion à Paris a eu lieu les samedi 24 et dimanche 25 mai. Ainsi que nous l'avons déjà fait connaître, le programme comprenait, le 24, une assemblée générale des délégués des Sociétés parisiennes et provinciales, de 4 h. 1/2 à 7 h. 1/2, à l'hôtel Terminus et un banquet de plus de 60 couverts à 7 h. 1/2; le 25, une séance de démonstrations pratiques organisée par les deux Sociétés odontologiques parisiennes à l'École dentaire de Paris à 9 heures du matin, un déjeuner au restaurant Lapérouse à midi, la visite de l'École odontotechnique à 2 heures, et une nouvelle assemblée générale ou plutôt la continuation de l'assemblée de la veille à 5 heures à l'École odontotechnique.*

*Treize Sociétés étaient représentées à l'assemblée générale du 24 par 26 délégués. L'ordre du jour était très chargé et n'a pu être épuisé; il comptait notamment une série de rapports très étudiés, très documentés, très complets, témoignant un véritable travail de la part de leurs auteurs : MM. Sauvez, secrétaire général, Stévenin, trésorier, Martinier, président de la Commission d'enseignement, Roy, Pont, Siffre, Ducournau et Lemerle.*

*Une longue discussion s'est engagée sur les conclusions des différents rapporteurs; elle a été très vive en ce qui concerne les questions d'enseignement, comme il fallait s'y attendre, ces questions ayant le don de passionner particulièrement et de diviser, il faut bien le dire, les membres de la profession. Le but de la Fédération est précisément, entre autres, d'aboutir à une entente sur le meilleur mode de formation des*

*chirurgiens-dentistes et l'on peut dire à cet égard que ces débats ne sont pas demeurés stériles. Mais ce serait sortir du cadre qui nous est tracé que d'insister plus longuement sur ce point.*

*La discussion avait ouvert l'appétit des soixante convives qu'attendaient une table élégamment dressée et un repas très soigné, et il a été fait honneur à tous les plats et à tous les vins qui ont été servis. Le dessert venu, la série des toasts commença; ils étaient nombreux, mais n'avons-nous pas dit que 13 Sociétés étaient représentées? M. Sauvez communique d'abord les excuses d'un certain nombre de confrères empêchés par diverses raisons de prendre part à la fête et M. Godon fait part d'une dépêche de félicitations et de souhaits envoyée par l'Association dentaire britannique, réunie dans son Congrès annuel de Shrewsbury, en réponse à une dépêche semblable émanant de la Fédération.*

*Puis M. Godon, au nom de la Fédération, remercie les organisateurs de la fête, MM. Siffre pour le groupement de l'École odontotechnique, Sauvez pour le groupement de l'École dentaire de Paris et Fresnel pour le Syndicat des chirurgiens-dentistes de France, et les Sociétés de province d'avoir répondu à l'appel qui leur a été adressé. Il expose la genèse de la Fédération, démontre la nécessité de se grouper pour faciliter l'évolution des idées et boit au succès de la Fédération.*

*M. Sauvez fait allusion à la fête du centenaire de l'internat qui se célèbre au même moment et montre le résultat obtenu par le groupement. Il engage les Sociétés à s'unir, à aller cette année au Congrès de Montauban, dont il est le président, et c'est à la réussite de ce Congrès qu'il lève son verre.*

*M. Martinier trace à grandes lignes, au nom de la première Commission nationale d'enseignement, le programme de l'enseignement idéal du chirurgien-*

*dentiste, indique le rôle que cette Commission doit jouer et l'influence que ses vœux et ses décisions peuvent avoir et porte un toast à l'avenir de l'instruction professionnelle.*

*M. Siffre, au nom du groupement de l'École odontotechnique, préconise l'entente sur l'instruction générale que doivent posséder les jeunes gens pour entrer dans les écoles dentaires et forme le souhait de voir répandre largement et gratuitement cette instruction pour faciliter l'accès de la profession.*

*M. Vichot, au nom du groupement lyonnais et en remplacement de M. Pont, indisposé, remercie de l'accueil reçu et fait des vœux pour l'union de toute la profession.*

*M. Richard-Chauvin, en qualité de président de l'Association générale des dentistes de France et de rédacteur en chef de* L'Odontologie, *annonce l'entrée des élèves dans l'Association à titre de pupilles et salue les délégués de province.*

*M. Stévenin, au nom du Syndicat des chirurgiens-dentistes de France, souhaite le succès de la Fédération.*

*M. Godon propose d'unir le nom de M. Stévenin au toast que celui-ci vient de porter en raison du rôle qu'il a joué dans la constitution de la Fédération*[1].

*M. Roy convie les assistants au banquet scientifique préparé pour le lendemain par les deux Sociétés odontologiques et qui comprend une série de démonstrations pratiques.*

*M. Chemin, président de la Société des dentistes du Midi, exprime ses remercîments pour l'accueil qui lui a été fait.*

*M. Armand, président de la Société odontologique*

---

1. M. Stévenin est un peu le père de la Fédération dentaire nationale : il déposa au Congrès de 1900 un vœu tendant à sa création ; il élabora le projet de règlement qui la régit et il l'a tenue dans son berceau. Nous croyons pouvoir nous permettre d'ajouter cela sans offenser sa modestie.

*de Bordeaux, adresse des remercîments analogues et boit à la prochaine réunion de la Fédération.*

*M. Delair, président du Syndicat dentaire du Centre, souhaite de pouvoir recevoir de la même manière les dentistes parisiens quand ils iront dans sa région.*

*De vifs applaudissements saluent chacun de ces toasts et, quand ils sont terminés, les groupes se forment, les conversations s'engagent et c'est seulement vers minuit que la retraite s'opère, lente et successive, les convives s'étant ajournés au lendemain.*

*
* *

*La journée du dimanche 25 a été remplie tout entière par l'exécution du programme tracé. Dès 9 heures du matin, les membres des diverses Sociétés accouraient en foule à l'École dentaire de Paris pour assister à des démonstrations nombreuses, variées, intéressantes, qui se faisaient dans cinq salles différentes. La liste de ces démonstrations avait été dressée avec soin, de manière à ne présenter que des nouveautés, des perfectionnements et des simplifications de procédés; nous la publions, d'ailleurs, plus loin et nous donnerons le compte rendu de ces démonstrations dans notre prochain numéro, pour inspirer des regrets à ceux de nos confrères empêchés de venir ou sur lesquels l'éclat de cette magnifique journée printanière — la première de l'année — avait exercé un effet suffisamment fascinateur pour leur faire préférer la campagne à la ville ce jour-là. Grand succès pour les démonstrateurs et vive satisfaction pour les assistants.*

*Ceux des délégués de province qui ne connaissent pas encore l'Ecole dentaire de Paris la visitent sous la conduite de l'administrateur général, et admirent son installation; ils sont surtout frappés par la richesse du musée (2.000 pièces) et de la bibliothèque (1.730 volumes) formant un ensemble unique au monde.*

*A midi et demi une caravane de voitures emporte au restaurant Lapérouse 25 convives, dont l'appétit, aiguisé par la longue séance du matin, est calmé par un succulent déjeuner, dans lequel l'art culinaire français a l'occasion de montrer sa supériorité persistante. Repas gai, s'il en est, qui laisse le regret d'être trop tôt fini, mêlé d'un souvenir agréable, et qui est accompagné de nombreux toasts.*

*La caravane reprend sa marche, à pied cette fois, et se rend à l'École odontotechnique, dont la visite se fait en détail sous l'aimable conduite de MM. Queudot, Ducournau, Siffre et Hivert. L'installation des salles est vivement admirée ; elle est conçue en effet sur des plans nouveaux et habiles et se fait remarquer surtout par sa commodité, son ingéniosité et son étincelante propreté.*

*A 3 heures continuation de la séance plénière commencée la veille. La nuit ayant porté conseil, après deux heures de discussion, l'entente se fait aisément sur les divers points et plusieurs votes sont émis. Nous reproduirons, du reste, dans le prochain numéro le compte rendu de ces débats et nous donnons dans celui-ci les différents rapports qui les ont provoqués.*

*A 5 heures et demie l'assemblée se sépare en ajournant à Montauban (7-14 août 1902) la lecture du rapport de M. Lemerle sur le service militaire des chirurgiens-dentistes et des étudiants en dentisterie. Un vin d'honneur est offert à la Fédération par l'Ecole odontotechnique et M. Ducournau porte le toast suivant :*

Messieurs et chers collègues,

Au nom de l'Association de l'Ecole odontotechnique, j'ai l'honneur de vous souhaiter la bienvenue dans notre école.

Après la réunion d'hier et le banquet confraternel qui l'a suivie, après la séance scientifique que nous avons eue ce matin à l'Ecole dentaire de Paris, la visite à l'Ecole odontotechnique s'imposait pour la faire connaître à nos confrères de province et à beaucoup de nos collègues parisiens.

Je profite de l'occasion pour vous informer que nous mettons gracieusement à votre disposition notre journal *La Revue Odontologique*, pour toutes les communications que vous voudrez bien nous envoyer relativement aux travaux de cette réunion.

Messieurs, je lève mon verre à la Fédération dentaire nationale, que nous représentons et à vous tous, Messieurs, présents à cette visite.

*M. Godon répond en ces termes:*

Au nom et comme président de la Fédération dentaire nationale, permettez-moi de remercier notre ami Ducournau, président de l'Association odontotechnique, les directeurs de l'Ecole, Queudot et Hivert, et les membres du corps enseignant et du Conseil d'administration de l'aimable hospitalité qu'ils viennent d'offrir à la Fédération pour sa dernière séance, dans leur beau local de la rue Garancière, si bien et si pratiquement installé.

Au nom de la Fédération, je lève mon verre en leur honneur et je termine en vous donnant rendez-vous à tous à Montauban.

*Ce toast est le dernier de la journée; il termine la série des manifestations confraternelles qui ont marqué ces deux jours. La Fédération vit, grandit et se développe et l'on en éprouve manifestement l'impression lorsque sont échangés les serrements de main du départ. Au revoir, à Montauban! tel est l'adieu que l'on s'adresse.*

*En résumé, réunions réconfortantes, utiles, de nature à faciliter singulièrement la solution de bien des questions et ayant surtout cet heureux effet de permettre aux membres de la profession de se connaître, de se voir, de s'apprécier et de cimenter les liens de bonne confraternité qui sont un des meilleurs garants d'une solidarité bien comprise et bien pratiquée.*

# FÉDÉRATION DENTAIRE NATIONALE

*Séance du 24 mai 1902.*

## RAPPORT DE M. LE D[r] SAUVEZ,

Secrétaire général.

Messieurs et chers confrères,

Dans le rapport que j'ai eu l'honneur de vous présenter lors de notre réunion d'Ajaccio, en septembre dernier, je vous disais que nous pouvions tous être heureux de voir enfin organisée d'une façon durable cette Fédération des Sociétés dentaires de notre pays qui, seule, peut permettre de réaliser les désirs de ces sociétés en nous basant sur le vieux proverbe : l'union fait la force. La séance d'aujourd'hui montre bien que l'organisme que nous avons créé à la suite et comme conséquence directe du Congrès de 1900 répond à un besoin réel.

Suivant fidèlement la loi du développement et du progrès social, notre organisation s'est étendue, s'est agrégée de nouveaux groupements et ne compte pas aujourd'hui moins de seize sociétés adhérentes, c'est-à-dire à peu près la totalité des associations odontologiques françaises, puisque celles-ci ne sont qu'au nombre de dix-huit. Encore pouvons-nous espérer que les deux groupes qui ne sont pas encore joints à nous ne tarderont pas à le faire, de sorte que le jour n'est pas éloigné où notre Fédération rassemblera comme en un faisceau compacte toutes les forces éparses de la profession.

La Fédération dentaire nationale tient aujourd'hui sa session la plus importante, tant par le nombre des délégués de province présents que par l'état d'organisation déjà perfectionné auquel nous sommes parvenus depuis sa constitution.

Ainsi que je le rappelais à Ajaccio, la première ébauche de la Fédération date de 1889, lorsque MM. Godon et Dubois commencèrent à grouper les sociétés dentaires françaises au moment du premier Congrès international. Cette tentative d'union recommença en 1893 à l'occasion du 2e Congrès international de Chicago. Puis en 1896, Paul Dubois prit l'initiative, d'accord avec M. Godon, son ami, d'organiser à Bordeaux le 1er Congrès dentaire national, dont j'eus l'honneur d'être secrétaire. Enfin, cette réunion des Sociétés s'affirma de plus en plus par les Congrès nationaux de Nancy, de Paris et de Lyon.

Mais c'est surtout au moment du Congrès dentaire international de 1900 que les Sociétés dentaires françaises se réunirent pour former la

Commission d'organisation, imitant en cela les groupements qui existaient déjà dans divers pays, entre autres aux Etats-Unis d'Amérique et en Angleterre, et l'on peut dire que c'est seulement en cette année 1900 que fut constituée la Fédération dentaire nationale.

Le Congrès décida la persistance des fédérations nationales qui avaient été créées à son occasion dans l'assemblée générale du 14 août 1900.

Une Commission d'initiative se réunit le 15 février 1901 pour assurer cette persistance et élaborer le règlement que vous connaissez, qui figure dans le Bulletin de la F. D. N. récemment paru et qui vous a été adressé. La plupart des Sociétés dentaires des diverses régions adhérèrent à la Fédération dans les mois suivants.

Une deuxième séance eut lieu le 31 mai et une troisième le 25 juin. C'est dans cette dernière que le règlement fut adopté et que la Fédération dentaire française fut déclarée définitivement constituée. Le bureau fut formé le 25 juin 1901 et la première session eut lieu à Ajaccio le 10 septembre de la même année. Vous en connaissez le détail, par le Bulletin. Depuis cette session, votre bureau a tenu trois réunions ; les comptes rendus de ses deux premières séances sont publiés dans la brochure en question ; celui de la dernière n'a pu y être inséré, parce que celle-ci a eu lieu postérieurement à l'impression. Il n'est pas besoin de vous dire que toutes vos décisions, ainsi que celles de votre bureau, ont été scrupuleusement et immédiatement exécutées.

Pour provoquer et pour hâter l'accession des Sociétés provinciales à la Fédération, votre bureau m'a chargé de me rendre auprès d'elles et de leur montrer l'utilité de se joindre à nous. J'ai mis à profit les vacances de Pâques pour ce voyage. Je ne me suis pas borné à agir auprès des groupes qui n'avaient pas encore adhéré ; j'ai fait visite aussi aux présidents des groupements adhérents pour les engager à envoyer leurs delégués à la réunion d'aujourd'hui et je suis heureux d'avoir l'occasion de les remercier ici publiquement de leur accueil cordial et réconfortant. J'ai été ainsi assez heureux pour faire renaître de ses cendres et pour reconstituer la Société des dentistes du Midi et obtenir son adhésion à la Fédération, et pour obtenir également l'adhésion de l'Association odontologique de Bordeaux, qui portait précédemment le nom d'Association des chirurgiens-dentistes diplômés de Bordeaux et de la région.

Quelques jours auparavant, nous avions reçu l'adhésion du Syndicat des dentistes du Nord et du Pas-de-Calais.

Je me plais à constater que ce voyage n'a pas été inutile et a contribué à la venue des délégués que nous avons le plaisir de compter ce soir et au succès de cette session de la Fédération.

Les sociétés actuellement adhérentes sont :

| | | |
|---|---|---|
| Groupe de Paris. | 1. Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris, | Groupement de la rue de la Tour - d'Auvergne, 498 membres (moins les membres honoraires et les pupilles, et 728 membres en les comptant.) |
| | 2. Société d'Odontologie de Paris. | |
| | 3. Association générale des dentistes de France. | |
| | 4. Association de l'Ecole odontotechnique de France. | 132 membres. |
| | 5. Société odontologique de France. | |
| | 6. Syndicat de chirurgiens dentistes patentés avant 1892 ou diplômés depuis. | |
| | 7. Syndicat des chirurgiens-dentistes de France. | 182 membres. |
| Groupe de Lyon. | 8. Société de l'Ecole dentaire de Lyon. | 30 membres. |
| | 9. Société d'Odontologie de Lyon. | |
| | 10. Association des dentistes du Rhône et de la région. | 40 membres. |
| Groupe de Toulouse | 11. Société des dentistes du Midi. | 12 membres. |
| Groupe de Bordeaux | 12. Groupement professionnel de l'Ecole dentaire de Bordeaux. | 26 membres. |
| | 13. Association odontologique de Bordeaux. | |
| | 14. Société des dentistes du Sud-Ouest. | 26 membres. |
| | 15. Syndicat des dentistes du Nord et du Pas-de-Calais. | 31 membres. |
| | 16. Syndicat dentaire du Centre. | 18 membres. |

J'ai gardé à dessein pour la fin ce dernier groupement, le dernier né, puisqu'il a vu le jour il y a une semaine, grâce à l'initiative de notre ami Delair, qui a été nommé président, et qui, non content d'être un savant modeste, est aussi un organisateur dévoué qui mérite de recevoir les félicitations de ses confrères à tous points de vue.

Deux sociétés manquent à l'appel : la Société des dentistes du Sud-Est, qui comprend 64 membres, dont le président, M. Schwartz, m'a presque promis l'adhésion à la Fédération, lors de mon passage à Nîmes, et la Société de la région de l'Ouest, qui vient de se reconstituer sur de nouvelles bases. Nous espérons que cette société régionale tiendra également à honneur de faire partie du groupement dentaire national le plus important et par conséquent nous enverra son adhésion et des délégués à la prochaine session.

Le nombre des membres de la Fédération, c'est-à-dire le nombre des membres des diverses sociétés adhérentes, s'élève environ à 1.000, dont vous avez vu le détail, établi d'après les renseignements que j'ai pu recueillir à ce jour.

Puisque mon sujet m'amène à vous parler de statistique, laissez-moi vous en dire quelques mots, dont nous tirerons ensuite quelques conclusions. Je regrette d'être forcé de vous citer des chiffres, mais je dois vous mettre au courant, puisque nous formons ici la fédération nationale des dentistes, du nombre des dentistes de France et de leurs diverses qualités. D'après la statistique officielle, ce qui ne veut pas dire exacte, le nombre des dentistes en France serait de 1.709, dont 1.679 pour la France et 30 pour l'Algérie. Sur ce chiffre, il y aurait 384 diplômés et 1.325 patentés. Ces chiffres ressortent de la statistique du personnel médical et pharmaceutique de France et d'Algérie, publiée par le Ministère de l'Intérieur en 1898. Ils étaient vrais à cette époque et ont augmenté beaucoup depuis, mais le relevé officiel n'ayant lieu que tous les cinq ans, nous n'aurons un nouveau renseignement officiel que l'année prochaine, en 1903. D'après les renseignements que j'ai eu l'occasion de recueillir au moment du Congrès de 1900, le chiffre des dentistes non médecins, en France, doit être d'environ 2.300, et, sur ce chiffre, il y a 704 diplômés de la Faculté de médecine, d'après les rapports du Conseil de l'Université sur la situation de l'enseignement supérieur.

Ces 704 diplômés se répartissent ainsi, d'après les années :

| | | |
|---|---|---|
| 1893-94 | 145 | |
| 1894-95 | 108 | Moyenne des 8 années, 88. |
| 1895-96 | 103 | Moyenne des 5 dernières années (normales) 68,6. |
| 1896-97 | 66 | |
| 1897-98 | 51 | Soit, au plus, 100 diplômés de la Faculté par an. |
| 1898-99 | 68 | |
| 1899-00 | 74 | |
| 1900-01 | 84 | |
| Total. . . | 704 | |

Le chiffre des étudiants en dentisterie actuellement en cours d'études est environ de 435, se répartissant comme suit :

200. Ecole dentaire de Paris.
115. Ecole odontotechnique.
40. Ecole de Lyon.
50. Ecole de Bordeaux.
30. Chiffre approximatif de l'Ecole dentaire du Dr X. et de l'Ecole de Nancy, pour lesquelles nous manquons de renseignements.

Total. . 435.

Comme vous l'avez déjà vu plus haut, le chiffre des dentistes faisant partie des diverses Sociétés serait de 1.000 environ. Le chiffre des docteurs-dentistes doit être d'environ 200, dont 141 sont membres de la Société de stomatologie de Paris.

En admettant qu'il meure 20 dentistes en France par an, c'est-à-dire environ le centième, il y en aurait dans dix ans 200 de moins et environ 700 à 1.000 de plus, puisqu'il y a de 70 à 100 diplômés par an, soit un chiffre approximatif de 3.000 à 3.300 dentistes dans dix ans.

Pour les médecins-dentistes, je crois ne pas m'écarter beaucoup en disant que, dans dix ans, leur nombre aura doublé et aura atteint à peu près 330 à 400, en admettant qu'il en meure un centième, soit 2 sur 200 par an, d'autant plus que la plupart sont jeunes, ce qui en dix ans ferait 20 de moins, soit 180, en supposant qu'il entre tous les ans dans la profession dentaire environ 20 jeunes médecins pendant une période de dix ans.

Ainsi donc, à l'heure actuelle, il existe en France approximativement 2.300 dentistes, dont 700 diplômés d'Etat, et 200 docteurs-dentistes, d'après les renseignements que nous avons pu recueillir, soit un total approximatif de 2.500 dentistes, médecins ou non, et dans dix ans, en prenant les bases que nous avons montrées et qui, dans notre pensée, ne doivent pas être éloignées de la vérité, il y aurait en France 3.120 dentistes, dont 1.400 diplômés d'Etat, et 380 docteurs-dentistes, soit un total approximatif de 3.500 dentistes, médecins ou non.

Sur les 2.500 dentistes existant actuellement, 556 sont diplômés de l'Ecole dentaire de Paris et 184 de l'Ecole odontotechnique, soit 740 diplômés des Ecoles.

Si l'on examine maintenant comment sont répartis les 2.500 dentistes qui existent actuellement, on trouvera qu'il y en a environ 1.000 à Paris et 1.500 en province, soit environ 1 pour 3.000 habitants à Paris et 1 pour 25.000 en province, en supposant la population de la France d'environ 40.000.000 d'habitants, puisque le chiffre exact est de 38.517.975 habitants.

Lorsqu'on examine également les principales grandes villes de province, on trouve que le nombre des dentistes est très considérable, tandis que des villes importantes en possèdent un ou deux tout au plus.

Si nous abandonnons un instant notre pays pour voir un peu les voisins, nous trouvons en Allemagne 3.415 dentistes et mécaniciens-dentistes, d'après les chiffres fournis par l'*Adressbuch der Zahnärzte und Zahntechniker Deutschlands* 1902. La population de l'Allemagne est de 52.244.027 habitants.

En Angleterre, il y en avait, en 1901, 4.509, dont 1.175 faisaient partie de la British dental Association. La population de l'Angleterre est de 39.280.000 habitants.

En Russie, dans le pays ami et allié, il existe 3.622 dentistes [1], dont 1.811 spécialistes en dentisterie ou médecins-dentistes, 459 chirurgiens-dentistes diplômés et 1.352 dentistes. La population de la Russie est de 107.000.000 habitants.

Enfin, pour terminer, si nous examinons les Etats-Unis d'Amérique, nous trouvons 25.205 dentistes [2] en 1901, répartis de la façon suivante, d'après les Etats.

| | | | |
|---|---|---|---|
| Alabama | 299 | Nebraska | 320 |
| Alaska | 16 | Nevada | 23 |
| Arizona | 39 | New Hamphsire | 175 |
| Arkansas | 156 | New Jersey | 500 |
| California | 1.092 | New Mexico | 25 |
| Colorado | 241 | New York | 2.655 |
| Connecticut | 428 | North Carolina | 230 |
| Delaware | 50 | North Dakota | 62 |
| District of Columbia | 222 | Ohio | 1.724 |
| Florida | 142 | Oklahoma | 72 |
| Georgia | 497 | Orégon | 218 |
| Idaho | 129 | Pennsylvania | 2.285 |
| Illinois | 2.101 | Rhode Island | 161 |
| Indian Territory | 54 | South Carolina | 217 |
| Indiana | 858 | South Dakota | 115 |
| Iowa | 952 | Tennessee | 475 |
| Kansas | 494 | Texas | 655 |
| Kentucky | 482 | Utah | 160 |
| Louisiana | 244 | Vermont | 150 |
| Maine | 316 | Virginia | 425 |
| Maryland | 414 | Washington | 206 |
| Massachusetts | 1.325 | West Virginia | 232 |
| Michigan | 910 | Wisconsin | 795 |
| Minnesota | 449 | Wyoming | 22 |
| Mississipi | 289 | Total | 25.205 |
| Missouri | 1.006 | | |
| Montana | 100 | | |

La population des Etats-Unis est de 71.746.925 habitants.

Comparons pour un instant ces diverses proportions et cherchons combien, dans ces divers pays, en nous basant sur ces données, il existe de dentistes pour 100.000 habitants. Nous trouvons les résultats suivants :

---

1. *L'Odontologie*, 15 novembre 1901, p. 531.
2. *Polk's Dental Register of the United States* 1900-1901.

| | | |
|---|---|---|
| France............... | 6,49 dentistes pour 100.000 habitants. | |
| Allemagne............ | 6,53 | Idem. |
| Russie............... | 3,38 | Idem. |
| Angleterre........... | 11,47 | Idem. |
| Etats-Unis........... | 35,26 | Idem. |

J'espère, Messieurs, que vous me pardonnerez l'aridité de cette statistique qui, à ma connaissance, n'avait pas encore été faite, et que vous voudrez bien me suivre encore un instant dans les conclusions qui me paraissent ressortir de ces documents importants qui ont nécessité, je vous l'avoue, des recherches assez considérables. Tout d'abord, nous voyons que le pays où il y a le moins de dentistes, proportionnellement au nombre d'habitants, est la Russie; mais cela s'explique pour qui connaît l'état encore très primitif de cet immense pays et la situation d'infériorité de la grande majorité de ses habitants vis-à-vis de ceux des autres pays, au point de vue des soins du corps, de l'hygiène, de la culture générale et du perfectionnement de l'existence. Je crois donc que nous pouvons le supprimer comme terme de comparaison.

Examinons donc ensemble quelques conclusions qui découlent de cette statistique et qui me paraissent rentrer absolument dans le programme des travaux de la Fédération :

1° De la comparaison du nombre des dentistes dans les trois autres pays nous déduisons immédiatement que le nombre des dentistes en France est *proportionnellement* le même qu'en Allemagne, mais qu'il est sensiblement inférieur à celui que nous trouvons en Angleterre et aux Etats-Unis d'Amérique, *proportionnellement* également.

Par conséquent, la situation de la profession en France est sensiblement meilleure que dans la majorité des pays analogues et la profession de dentiste sera encore meilleure, comme exploitation commerciale, pendant au moins une dizaine d'années, c'est-à-dire que dans dix ans nous serons encore plus favorisés que nos confrères d'Angleterre et d'Amérique ne le sont actuellement. La principale raison de ce fait est la loi de 1892, car si la profession était libre aujourd'hui comme elle l'était avant la loi, nous avons la certitude, basée d'ailleurs sur des faits, que le chiffre des dentistes qui s'établissent en France annuellement serait plus que doublé par l'invasion des dentistes étrangers. Il me paraît important de signaler ce point que le nombre des dentistes en France est proportionnellement inférieur à celui des autres pays, parce que j'ai souvent entendu beaucoup de confrères reprocher principalement aux Sociétés dentaires auxquelles nous nous intéressons de créer des Ecoles dentaires et de faire trop de jeunes dentistes et par conséquent trop de concurrents. Indépendamment de l'égoïsme de cet argument, il faut en reconnaître la fausseté, puisque, dans les pays analogues, le nombre des dentis-

tes est proportionnellement plus élevé. Si les Ecoles dentaires françaises n'avaient pas existé, tout d'abord la plupart de ceux qui m'ont fait cette objection n'auraient pas existé non plus, puisqu'ils n'auraient su où apprendre, et les dentistes étrangers seraient venus s'établir dans notre pays d'une façon habituelle, en subissant en France vers 17 ou 18 ans les examens préliminaires, puis seraient retournés faire leurs études dans leur pays d'origine pour revenir s'installer ici en esquivant le diplôme d'Etat français, ce qui leur aurait été assez facile, vu les équivalences fréquemment accordées ; tandis qu'aujourd'hui ils ne le font pas ou du moins le font très peu, parce qu'ils savent que le nombre des dentistes français est déjà considérable. Autrement dit, si les Ecoles n'existaient pas, il faudrait les inventer, et par conséquent les Sociétés qui les ont créées ont droit à toute la reconnaissance des membres de la profession dentaire française.

Donc, il n'y a pas trop de dentistes en France, ni trop d'élèves dans les Ecoles.

2° Comme deuxième conclusion des éléments statistiques que je vous ai montrés, il ressort que le nombre des dentistes en France est trop considérable dans les grandes villes, et trop peu élevé dans la plupart des villes moyennes et des petites villes de notre beau pays.

Par conséquent, il est de notre devoir de faire nos efforts pour conseiller à nos jeunes confrères de s'installer dans les petits centres, où ils pourront rapidement arriver à une situation indépendante, relativement très belle, vu le petit nombre de dentistes par rapport à la densité de la population, tandis qu'il leur faudra plusieurs années pour conquérir dans une grande ville la même position. Il rentre, à mon avis, dans le programme des travaux de la Fédération, de faire ressortir ce point pour éviter la pléthore des dentistes dans les grandes villes, et de montrer aux jeunes dentistes qui cherchent où ils doivent s'installer que pour 5 dentistes sur 100 qui réussissent très largement dans une grande ville et dont le succès attire les autres, 65 vivent péniblement et 30 font un chiffre d'affaires modique, tandis que sur 100 qui s'installent dans les petites villes, 90 arrivent rapidement à faire un chiffre d'affaires modeste, avec des frais beaucoup moins considérables. C'est à nous à le leur dire, en leur exposant ces arguments et en les développant pour leur donner toute leur portée.

3° La Fédération dentaire nationale ne comprend même pas la moitié des dentistes du territoire ; plus de la moitié des dentistes français se tiennent encore à l'écart de toute société. Par conséquent, pour tous les vœux intéressant la majorité des dentistes, l'avenir et le bien de la profession, tels qu'ils sont ici librement discutés et votés, il manque la moitié des voix, et surtout la moitié des influences dont

pourrait disposer la profession pour faire aboutir les desiderata qui nous touchent tous.

Il importe donc que les présidents des sociétés et même tous les membres de ces sociétés fassent du prosélytisme auprès des dentistes qui vivent à l'écart de leurs confrères, et surtout des jeunes, pour leur montrer qu'il est important pour eux de se grouper et que même leur intérêt personnel est en jeu.

4° Le nombre des dentistes en France est de 2 à Paris pour 3 en province. Les dentistes de Paris doivent s'en souvenir et par conséquent tenir grand compte des idées, des vœux, des désirs des dentistes de province; mais ces derniers doivent aussi se rapprocher du centre, collaborer à nos groupements, où nous les accueillons librement, et venir à nous fréquemment, en oubliant leurs petites querelles locales pour travailler en commun à l'intérêt général.

5° Le nombre des dentistes dans chaque pays est en raison directe de l'importance que le public de ce pays attache aux soins des dents et à l'hygiène de la bouche. Quel que soit ce nombre, il sera toujours proportionnellement très petit dans les pays où la culture générale du public est peu élevée, dans ceux où la civilisation est peu avancée, et très considérable au contraire dans des pays où les soins du corps, et en particulier de la bouche et des dents, sont considérés comme ils doivent l'être aujourd'hui par toutes les personnes d'une éducation moyenne et comme ils le sont en Angleterre et aux Etats-Unis.

Il est certain que, s'il y avait en France 12.500 dentistes, chiffre qui correspondrait à celui qui existe proportionnellement en Amérique, ces 12.500 dentistes ne trouveraient pas à vivre, parce que la population n'a pas encore assez d'éducation et ne se fait pas soigner suffisamment. Donc, la Fédération dentaire nationale doit faire tous ses efforts, tant dans l'intérêt du public que dans l'intérêt des dentistes, pour vulgariser les connaissances générales sur les soins des dents dans le public ; elle doit provoquer, patronner les conférences dans les lycées, les écoles et dans tous les milieux publics où il sera possible d'en faire; elle doit également patronner les brochures de vulgarisation bien faites; elle doit instruire le public, et même le public aisé qui est souvent aussi ignorant et aussi peu soigneux que l'autre, l'instruire à ce point de vue spécial, et le jour où tous les Français attacheront aux soins des dents l'importance qu'y attachent par exemple les Américains, ce jour-là il pourra y avoir 5 à 6.000 dentistes en France qui vivront cependant très facilement.

6° Le nombre des diplômés d'Etat, qui ne représente même pas aujourd'hui le tiers des dentistes français, en représentera la moitié dans dix ans. Donc le niveau d'instruction de la profession s'élève de jour en jour et il importe de nous entendre sur l'enseignement à don-

ner aux 700 ou 1.000 jeunes dentistes qui s'établiront en France pendant les dix années qui vont suivre, car ce n'est pas seulement dans l'Etat que l'instruction des jeunes gens doit être surveillée et dirigée pour que ces jeunes gens fassent des citoyens instruits, honnêtes et apprécient le régime sous lequel ils ont été élevés, c'est aussi dans les professions. Il faut que les 700 ou 1.000 dentistes qui sortiront de nos écoles pendant dix ans soient attachés à ces écoles et connaissent bien les parties les plus utiles de leur profession. L'enseignement dentaire est libre en France ; il est donné par les dentistes ; la profession est actuellement en pleine évolution et le nombre des élèves est très considérable ; tout cela constitue un faisceau d'arguments pour vous montrer l'importance qui s'attache à ce que vous vous mettiez le plus tôt possible d'accord sur cet enseignement, sur les examens, sur la durée des études, pour prendre des décisions précises et pour que les quatre écoles qui font partie de la Fédération puissent former les jeunes praticiens de l'avenir comme vous pensez qu'il convient le mieux, dans votre conscience, en vous basant sur votre expérience professionnelle.

7° Le nombre des docteurs-dentistes aura presque doublé dans 10 ans ; celui des dentistes aura augmenté d'un tiers à peine. Les docteurs envahiront par une progression lente, mais certaine, une profession exploitée jadis presque exclusivement par les seuls dentistes. Cette invasion est comme la mer montante qui recouvre lentement, mais sûrement la plage, et est due à des raisons multiples qui sont surtout l'encombrement de la carrière médicale et le chiffre des honoraires des dentistes, relativement élevé encore à l'heure actuelle par rapport aux honoraires des médecins. Les dentistes peuvent le déplorer, mais ils ne peuvent l'empêcher, car je crois bien que beaucoup de lustres s'écouleront encore avant que soit votée en France une loi analogue à celle qui existe depuis quelque temps en Espagne et qui force les docteurs en médecine à justifier de connaissances dentaires. Et si l'avenir règle l'exercice des spécialités, on commencera certainement par régler et limiter l'exercice de l'ophtalmologie, de la gynécologie, etc., avant de régler celui de la dentisterie. Ces questions doivent être envisagées par notre Fédération ; l'examen de la situation doit pousser les dentistes à s'unir, non pas, je crois, contre un envahissement qu'ils ne pourront empêcher, mais à se grouper pour garder dans leurs mains l'enseignement dentaire, pour perfectionner surtout celui de la dentisterie opératoire et de la prothèse, sans négliger la partie médicale spéciale. Ils doivent s'unir pour former des jeunes gens qui sortent des Ecoles et des épreuves du diplôme d'Etat, non seulement avec des papiers paraphés, visés et contrevisés, mais avec une instruction professionnelle parfaite, des jeunes gens qui soient de bons mécaniciens et de bons opéra-

teurs pour être à même de lutter avec leurs concurrents médecins, plus favorisés dans la clientèle par le prestige que le public attache souvent, quoiqu'on puisse en dire, au titre de docteur. Vous me pardonnerez, je pense, d'avoir posé la question un peu brusquement, mais, pour moi, l'heure n'est pas aux atermoiements et aux discussion philosophiques ; si les dentistes veulent lutter à armes égales, dans l'exercice de la clientèle, il faut qu'ils aiguisent ces armes. Les médecins ont des connaissances générales plus étendues et une *aptitude* plus grande à acquérir les connaissances *théoriques* spéciales, par suite d'une gymnastique cérébrale continuée pendant de longues années d'études.

Il faut que les dentistes balancent ces avantages en étant de très bons opérateurs, de très bons prothésistes et qu'ils travaillent également de longues années à faire faire tel ou tel mouvement aux mains d'une façon de plus en plus habile, gymnastique spéciale qui amène l'adresse. Il faut que pendant que les médecins perdent leur temps à étudier l'anatomie du pied, la pathologie du bassin, ou la thérapeutique de la maladie d'Addison, les dentistes travaillent avec une intensité analogue à la recherche des canaux dentaires, à la pratique de l'aurification, à la prothèse de clinique et de laboratoire, sans quoi ils seront infailliblement en posture inégale pour la lutte de l'existence.

Laissez-moi cependant vous dire que cette invasion n'est pas si menaçante que vous le croyez peut-être, puisque les docteurs-dentistes ne forment aujourd'hui que le douzième des membres de la profession et que dans dix ans ils n'en formeront que le neuvième au plus.

C'est à la Fédération à étudier ces divers points, à en tirer les conclusions que vous jugerez utiles ; il doit sortir de vos débats des décisions précises dont vous devrez assurer l'exécution. Je ne veux pas insister davantage sur ces conclusions et je ne veux pas occuper trop longtemps votre temps et votre attention.

Je vais donc résumer le but de notre groupement et vous proposer quelques résolutions utiles pour le fonctionnement de nos travaux.

La Fédération dentaire nationale, dont le noyau était le Comité national français formé en vue de la préparation du Congrès de 1900, est un organisme permanent, s'occupant de la défense en commun des intérêts généraux de la profession, des relations internationales de la corporation et de l'organisation des Congrès nationaux et internationaux et faisant partie de la Fédération dentaire internationale, où il est représenté par plusieurs de ses membres. Il vous semblera donc utile de constituer dans notre sein un certain nombre de Commissions chargées d'étudier les diverses questions qui rentrent dans cet ordre d'idées, de présenter des rapports qui seraient soumis

ensuite à l'examen de l'assemblée générale des délégués. Le Comité exécutif aurait mission de poursuivre, après le vote, la réalisation des conclusions formulées. Nous croyons, à cet égard, devoir prendre pour modèle l'organisation administrative adoptée lors du Congrès de 1900 et vous proposer la création des Commissions suivantes :

Commission des finances, Commission de la presse, Commission de contrôle et de vérification, Commission des vœux et résolutions, Commission de publication.

Pour l'organisation scientifique, nous prendrons également pour modèle la classification du Congrès de 1900, et nous vous proposerons la création immédiate de ces organes, dont certains ne joueront un rôle qu'au moment de la préparation de nouveaux Congrès, nationaux ou internationaux. La Commission d'enseignement de l'art dentaire, la Commission de législation, de jurisprudence et de déontologie et la Commission d'hygiène et des services dentaires publics me paraissent indispensables dès à présent. Deux de ces Commissions ont déjà été nommées et fonctionnent ; je vous demande donc, pour gagner du temps, de décider que les diverses Commissions qui existaient en 1900 seront reconstituées avec les mêmes membres et pourront être convoquées dans ces conditions, au fur et à mesure des besoins de la F. D. N.

Une fois ces Commissions reconstituées, vous pourriez laisser au Comité exécutif le soin de pourvoir au remplacement des membres qui viendraient, pour une raison quelconque, à ne plus pouvoir continuer à prendre part aux travaux de leurs collègues.

Ainsi que vous avez pu le voir par la brochure qui vous a été adressée, les vœux émis par la Fédération dans sa session d'Ajaccio ont été adressés par son bureau aux quatre écoles adhérentes dans le courant d'octobre, et, deux d'entre elles n'ayant pas répondu à cette communication, ces vœux leur ont été transmis à nouveau au commencement d'avril. Actuellement les deux premiers de ces vœux sont réalisés dans deux écoles ; seul, le troisième n'a pas encore été l'objet d'une réalisation.

Comme vous l'avez appris par la circulaire qui a été envoyée aux diverses sociétés et publiée dans les journaux dentaires français, l'Association française pour l'avancement des sciences tiendra son prochain Congrès annuel à Montauban du 7 au 14 août et ce Congrès comprendra, comme l'année dernière, une section d'Odontologie, dont votre secrétaire général a l'honneur d'être le président. La réunion de cette section sera un véritable Congrès national, qui ne doit pas le céder à ses devanciers ni quant au nombre ni quant à la qualité des adhérents, ni quant à la valeur des communications, des démonstrations et des présentations. Je pense que toutes les sociétés qui font partie de la Fédération considéreront comme un devoir de

s'y faire représenter par plusieurs de leurs membres et que ceux-ci tiendront à honneur d'y apporter des travaux très étudiés.

Il sera d'autant plus utile que les Sociétés y soient représentées que nous allons vous proposer de décider que la prochaine réunion de la Fédération coïncidera avec celle de la section d'Odontologie, c'est-à-dire aura lieu à Montauban. De cette façon, les délégués à la Fédération pourraient être en même temps les représentants des Sociétés au Congrès, indépendamment des autres membres de celles-ci, qui, nous l'espérons bien, viendront dans cette ville à titre de simples congressistes.

Nous ne saurions passer sous silence que la Fédération Dentaire Internationale, dont vous constituez le Comité national et dont vous faites partie par votre organisation même et par le règlement que vous avez adopté, tiendra sa session de 1902 du 15 au 20 août à Stockholm et que vous y serez représentés par cinq des membres de votre bureau, de votre comité exécutif et de vos commissions. Vous n'ignorez pas que cet organe international s'occupe tout spécialement, par sa Commission internationale d'enseignement, si compétente, du problème complexe et délicat de l'instruction professionnelle, et il importe que vos représentants dans cette assemblée apportent, exposent et défendent les idées qui vous sont chères et que vous mettez en pratique.

Votre tâche pour la réunion d'aujourd'hui sera laborieuse, ainsi que le fait prévoir l'ordre du jour dressé par votre Bureau ; nous croyons que les questions que vous avez à traiter méritent toute votre attention et nous sommes assuré que vous ne la leur refuserez point. Une partie de cette tâche a déjà été préparée et facilitée en quelque sorte par la Commission d'enseignement et la Commission d'hygiène, qui ont tenu séance il y a quelques jours. Toutefois, seuls, les membres parisiens de ces Commissions ont été convoqués, le Bureau ayant pensé qu'il ne pouvait raisonnablement demander aux Commissaires provinciaux un double voyage à Paris.

Messieurs et chers confrères, si vous voulez que votre réunion porte ses fruits, il faut vous mettre à l'œuvre résolument. L'association a toujours été un des plus puissants moyens d'action ; vous avez le nombre, vous avez la force, vous avez aussi l'expérience ; il dépend de vous que votre collaboration ne demeure pas stérile. Vous avez jeté les bases d'une organisation nationale qui peut peser d'un poids très lourd dans les destinées de notre art ; à vous d'en faire un usage judicieux et raisonné pour le plus grand profit des intérêts généraux de la profession actuelle, des générations futures et de la science odontologique.

---

## RAPPORT DE M. STÉVENIN,

Trésorier.

Messieurs,

Les dépenses faites par le comité exécutif de la F. D. N. pendant l'exercice écoulé, dépenses avancées, pour la plus grande partie, par M. le Dr Sauvez et par l'Ecole dentaire de Paris, s'élèvent au total à 670 fr. 35 et se répartissent ainsi :

| | | |
|---|---|---|
| Fournitures de bureau | 34 fr. | 30 |
| Impressions (brochure 199 fr. 10) | 274 | 60 |
| Affranchissements | 61 | 35 |
| Employés | 300 | 10 |
| Total | 670 fr. | 35 |

Aux termes de l'article 12 de notre règlement, ces dépenses doivent être remboursées par les sociétés adhérentes, au prorata du nombre de leurs membres. Nous nous basons pour faire cette répartition sur le nombre des délégués, puisque chaque société nomme un délégué pour vingt membres.

En calculant ainsi nous obtenons la répartition suivante :

| | | |
|---|---|---|
| 1. Groupement de l'Ecole dentaire de Paris (Ecole dentaire, 5 délégués; Société d'Odontologie, 4; Association générale des dentistes de France, 8), 17 | 180 fr. | 90 |
| 2. Groupement de l'Ecole odontotechnique (Ecole odontotechnique, 5 ; Association odontotechnique, 8 ; Société odontologique de France, 4), 17 | 180 | 90 |
| 3. Syndicat des chirurgiens-dentistes de France, 10. | 106 | 40 |
| 4. Syndicat des chirurgiens-dentistes patentés avant 1892 ou diplômés depuis, 6 | 63 | 85 |
| 5. Association des dentistes du Rhône et de la région, 2 | 21 | 30 |
| 6. Ecole dentaire de Lyon, 1 | 10 | 65 |
| 7. Société d'Odontologie de Lyon, 1 | 10 | 65 |
| 8. Ecole dentaire de Bordeaux, 3 | 31 | 95 |
| 9. Société des dentistes du Sud-Ouest, 2 | 21 | 30 |
| 10. Société des dentistes du Midi, 2 | 21 | 30 |
| 11. Syndicat des dentistes du Nord et du Pas-de-Calais, 2 | 21 | 30 |
| Total | 670 fr. | 50 |

Le total de nos dépenses est plus élevé qu'on ne le prévoyait lors de l'organisation de la F. D. N. puisqu'on ne lui avait pas cons-

titué de budget. Il faut espérer que nos frais seront moins importants à l'avenir ; mais cependant, il n'est pas possible d'admettre que l'un de nous soit obligé de faire une avance aussi importante, et je vous propose de réclamer à chacune des sociétés adhérentes, en plus du remboursement de sa part des dépenses de l'exercice écoulé, une avance pour les frais de l'exercice prochain.

On pourrait fixer cette avance à 10 francs par délégué, ce qui correspondrait à 0 fr. 50 par membre de chaque société.

Je vous propose donc messieurs :

1° D'approuver les dépenses de l'exercice écoulé ;

2° De voter la répartition de ces dépenses, telle que je viens de vous l'indiquer ;

3° De décider que chaque société versera une avance de 10 francs par délégué.

---

## RAPPORT

*présenté, au nom de la Commission d'enseignement, sur les vœux émis par la Fédération à sa session d'Ajaccio,*

Par M. P. Martinier,
Directeur adjoint de l'Ecole dentaire de Paris.

Messieurs,

La Commission d'enseignement de la Fédération Dentaire Nationale m'a chargé de vous présenter un rapport sur les vœux émis par la Fédération à la session d'Ajaccio, en septembre dernier. Je vais, en conséquence, vous exposer les motifs pour lesquels cette Commission vous propose d'adopter ces vœux, au nombre de trois.

Le premier est ainsi formulé : « Que les écoles dentaires ne délivrent à l'avenir leur diplôme spécial qu'après que les candidats auront obtenu celui de l'État. »

C'est la mauvaise organisation des examens probatoires de la Faculté pour la délivrance du diplôme de chirurgien-dentiste qui a provoqué ce vœu.

Si nous acceptons, en effet, dans son principe la loi de 1892, dictée par la préoccupation de donner au public toute garantie quant à la valeur des futurs chirurgiens-dentistes, sous le double rapport des connaissances générales et des connaissances techniques, nous faisons les plus expresses réserves quant à l'application qui a été faite de cette loi par les décrets de 1893 et de 1894 réglementant les études dentaires.

Ces décrets n'ont eu en vue que les connaissances médicales et les garanties à demander à ceux qui doivent exercer une branche de

l'art de guérir, en négligeant complètement les connaissances techniques. Ils ont placé le diplôme d'État à la suite de trois années d'études et de trois examens, dont aucun ne fournit la preuve que le diplômé possède le moindre savoir technique. De plus, les épreuves du troisième examen, appelé *technique* sans que rien justifie ce titre, sont subies devant un jury de stomatologistes, dans les services dentaires hospitaliers. Ce sont par conséquent les adversaires de la loi, des chirurgiens-dentistes et des écoles qui dirigent les examens, et ces examens n'ont pas tardé à être discrédités et ridiculisés par ceux précisément qui étaient chargés de leur donner toute leur valeur. Cette déconsidération a rejailli tout naturellement sur le diplôme d'État. Cette affirmation est si évidente que je ne puis mieux faire que de vous citer les paroles d'un ancien doyen de la Faculté de médecine.

Voici, en effet, comment s'exprimait M. Brouardel, en parlant de cet examen : « Nous ne sommes pas parvenus à instituer un troisième » examen probant, en vue du diplôme de chirurgien-dentiste. A » Paris, l'examen a lieu dans les hôpitaux devant un jury émanant » de la Faculté ; mais l'opinion unanime des maîtres qui ont fait partie » de ce jury est que l'épreuve de prothèse ne présente aucune » garantie sérieuse...; l'épreuve est réduite à l'ablation d'une dent, au » sondage d'un abcès dentaire, quelquefois à l'obturation d'une carie ; » *de toutes manières, c'est un examen de pure apparence.* »

Ce discrédit a porté surtout sur la partie technique de l'examen, et, par suite, sur la valeur dentaire du diplôme. C'est dans l'intention de faire disparaître la mauvaise impression produite par les paroles de l'ancien doyen, pour relever la valeur du diplôme d'État lui-même, en même temps que pour donner au diplôme des écoles le prestige auquel il a droit, que la Fédération a proposé l'adoption de ce vœu, et c'est pour ces raisons qu'elle vous demande de placer le diplôme délivré par les écoles après celui de l'État, en spécifiant bien ainsi la signification des deux parchemins : diplôme d'État, connaissances médicales, diplôme des écoles, connaissances techniques.

C'est donc parmi les diplômés de l'État que nous allons recruter les candidats à notre diplôme ; ce seront des étudiants volontaires, des étudiants bénévoles, mais désireux d'acquérir un brevet de technicien expérimenté, consacrant leur valeur professionnelle, qui sera reconnue par leurs pairs, et échappant ainsi à toute critique, à toute attaque dirigée contre le diplôme et les examens d'État.

Nous estimons que les bénéfices moraux et matériels qu'ils pourront en retirer dans l'avenir compenseront largement le sacrifice qu'ils feront, car ce diplôme les mettra à même de lutter victorieusement contre l'envahissement de notre profession par les médecins hâtivement spécialisés.

Le deuxième vœu, ainsi conçu : « Et suivi les cours d'une qua» trième année d'études exclusivement techniques », n'est que le complément indispensable du premier.

Si vous admettez, en effet, le principe du diplôme technique délivré par l'école après celui de l'État, comme ce dernier ne peut être obtenu qu'après trois années d'études, il est de toute nécessité que le diplôme des écoles ne le soit qu'après une autre année d'études entièrement techniques et pratiques, terminée par des examens probatoires.

D'ailleurs, jusqu'à la loi de 1892, les écoles dentaires exigeaient pour l'obtention de leurs diplômes trois années d'études, et à cette époque la plupart des élèves qui y entraient avaient fait un stage ou un apprentissage de prothèse chez un dentiste. Ils avaient déjà une instruction manuelle préliminaire qui les préparait utilement aux travaux pratiques. Or, la loi de 1892 et les décrets qui l'ont suivie ont imposé aux chirurgiens-dentistes des études médicales considérablement plus étendues, et nous venons de voir quelle place restreinte est réservée aux études techniques dans les préoccupations de la Faculté. Le temps consacré à l'enseignement médical a donc été pris au détriment de l'enseignement technique et, si vous tenez compte de ce que les examens de la Faculté ont lieu à la fin des trois années d'études et que pendant ce laps de temps nos élèves sont obligés d'apprendre constamment les nombreuses matières qui constituent la partie médicale du programme, vous ne serez pas étonnés que la majeure partie de leur temps soit consacrée surtout à ces matières. C'est ainsi que nous avons constaté avec le plus vif regret l'infériorité de nos étudiants actuels sur leurs devanciers d'avant 1892.

Aussi, est-ce pour réagir contre cet état de choses qu'en qualité de président de la section de prothèse au Congrès international de 1900 je demandais la prolongation des études dans les écoles et proposais de leur donner une durée de quatre années, et que mon excellent collègue Chauvin, dans son rapport sur l'enseignement de la dentisterie opératoire, s'exprimait ainsi : « Les écoles ont fait humainement tout ce qu'elles pouvaient faire pour condenser et rendre assimilable en trois années bien réduites tout le bagage professionnel du dentiste. Leurs Commissions d'enseignement consomment des quantités considérables de projets, de modifications, qui ne peuvent hélas ! modifier grand'chose. Quelle que soit la somme de travail fournie par les administrateurs des écoles, celles-ci ne parviendront jamais à faire tenir en trois ans les cinq années indispensables pour faire de bons praticiens ».

Ajouterai-je que les professeurs dentistes étaient tous unanimes à réclamer une quatrième année exclusivement technique et que les

mêmes préoccupations se sont manifestées chez nos confrères étrangers, puisque l'Association nationale des Facultés dentaires américaines prenait la même décision en août 1901 ?

Nous sommes tous d'accord pour vouloir la prédominance des études techniques dans l'enseignement professionnel ; aussi croyons-nous que l'adoption et la réalisation de ce vœu constituent notre meilleur moyen de l'assurer.

Le troisième et dernier vœu était le suivant : « Que ce diplôme soit, pour les écoles fédérées, de rédaction uniforme et ne puisse être délivré qu'après un examen passé devant un jury composé de professeurs des diverses écoles. »

Votre Commission d'enseignement a accepté la modification suivante proposée par l'École dentaire de Paris : « Que ce diplôme soit, pour les écoles fédérées, de rédaction uniforme, avec leur titre respectif, et ne puisse être délivré qu'après des exigences analogues. » En déposant ce vœu, les auteurs n'ont eu en vue que l'heureux effet qu'il pourrait avoir pour le prestige et la considération de l'enseignement dentaire français. C'est parce que cet enseignement est libre qu'il serait désireux de voir s'établir entre les écoles dentaires françaises fédérées un accord sur un certain nombre de points importants de l'enseignement.

Il est certain que les écoles, tout en conservant complètement leur autonomie et leur organisation particulière, auraient avantage à s'entendre à l'égard des travaux pratiques, des conditions d'entrée et de sortie, de la délivrance des inscriptions, etc. La Commission d'enseignement de la Fédération Dentaire Nationale a là un travail tout indiqué et qui pourrait avoir comme conséquence profitable l'uniformisation du diplôme délivré par ces écoles. L'École dentaire de Paris et la Commission d'enseignement, en acceptant et en votant la première partie de ce vœu, n'ont pas voulu s'engager plus avant dans cette voie ; elles n'ont pas voulu demander que le diplôme soit obtenu à la suite d'un examen subi devant un jury d'examinateurs appartenant aux diverses écoles. Deux raisons principales ont inspiré cette réserve : la première a sa source dans le respect de l'indépendance de chaque école, qui doit être une des bases fondamentales de notre union. Je crois, pour ma part, que, si nous pouvons aboutir à un programme d'enseignement et d'examens uniformes, ce sera un résultat suffisamment heureux pour que nous laissions à chaque école la responsabilité de ses examens.

D'ailleurs, la seconde raison, qui n'est pas une raison de principe, nous paraît extrêmement sérieuse : elle tient compte du temps consacré aux examens dans chaque école. Les examens pratiques, avec leurs nombreuses épreuves, durent au moins deux mois. Il nous

paraît bien difficile d'exiger la présence des délégués et du jury pendant une période aussi longue, étant donné surtout que certaines de nos écoles sont situées à une grande distance les unes des autres.

C'est pour ces motifs qne nous vous proposons de modifier ce troisième vœu dans le sens que je vous ai indiqué, car, nous le répétons, nous croyons qu'il est non seulement utile, mais nécessaire de fédérer les écoles libres, en raison même de la liberté de leur enseignement.

Invoquerai-je encore, à l'appui de ce dernier vœu, l'autorité de nos confrères d'Amérique qui depuis longtemps ont créé l'Association nationale des Facultés dentaires américaines, dont l'effet sur l'enseignement aux États-Unis est considérable et dont il n'est pas besoin d'énumérer les bienfaits ?

Je vous demande donc, Messieurs, de bien vouloir approuver les trois propositions dont je viens de vous exposer brièvement les motifs. Leur adoption constituera un progrès important et donnera, nous en sommes certain, des résultats qui auront une grande influence sur l'avenir de l'odontologie et de la profession tout entière.

---

# RAPPORT

*présenté, au nom de la Commission d'enseignement, sur les questions mises à l'ordre du jour de la session de Stockholm de la F. D. I.*

Par M. le Dr M. Roy,
Président de la Société d'odontologie de Paris.

Messieurs,

La Commission d'enseignement de la Fédération dentaire internationale, dans sa session de 1901 à Londres-Cambridge, a mis à l'ordre du jour, pour la session de 1902, à Stockholm, trois questions intéressantes concernant l'organisation de l'enseignement dentaire.

La Fédération internationale étant l'émanation des Fédérations nationales, il est du devoir de la F. D. N. française de se préoccuper des solutions qui lui semblent devoir être données aux trois questions posées par la F. D. I. et des principes que ses délégués doivent être chargés de défendre. Sans doute la F. D. I. a demandé à ses membres, sur chacune de ces questions, un rapport personnel n'engageant pas les pays représentés, ainsi que cela a été très nettement spécifié dans un ordre du jour, mais, néanmoins, il serait désirable qu'une certaine unité régnât dans les idées qui seront exposées à Stockholm par les délégués français; les principes que ceux-ci ont à défendre auront infiniment plus de poids si, au lieu d'être seule-

ment le reflet des idées personnelles d'un délégué ou de plusieurs délégués, ils sont la représentation des idées de la F. D. N. française tout entière. Il serait à souhaiter qu'il en fût de même pour tous les pays représentés à la F. D. I., car cela donnerait à la discussion et aux votes qui auront lieu au mois d'août une importance considérable. Malheureusement, dans beaucoup de contrées, les Fédérations nationales rêvées par le Congrès ne fonctionnent pas d'une façon très régulière, quelques-unes mêmes ont disparu et c'est une tâche importante, pensons-nous, pour la F. D. I. que de veiller à la constitution solide dans chaque pays d'une Fédération nationale bien organisée.

Avant de soumettre ces questions à la Fédération nationale, vos délégués les ont déjà soumises à un des groupements qui composent celle-ci, le groupement de l'Ecole dentaire de Paris ; celui-ci, après discussion, s'est mis d'accord sur trois propositions répondant aux trois questions posées par la F. D. I. Ce sont, si vous le voulez bien, ces trois propositions qui serviront de base à notre discussion et ce sont elles qu'au nom de la Commission d'enseignement je vous proposerai d'adopter.

Les trois questions proposées à la Fédération internationale pour la session de 1902 sont ainsi conçues :

1° Quelles sont les études préliminaires qui doivent être requises des étudiants avant qu'ils commencent à suivre l'enseignement professionnel ?

2° Quels doivent être la composition des études dentaires, leur durée, et l'ordre des matières du programme ?

3° Quelle partie des études, telles qu'elles sont faites dans les Ecoles de médecine, doit être suivie par l'étudiant en dentisterie ?

Nous allons prendre séparément chacune de ces trois questions et vous exposer très succinctement les considérations qui nous ont conduit à adopter, en réponse à ces trois questions, les trois propositions que j'ai l'honneur de vous présenter.

1re QUESTION. *Quelles sont les études préliminaires qui doivent être requises des étudiants avant qu'ils commencent à suivre l'enseignement professionnel ?*

La nécessité d'une instruction générale suffisante est admise par tous et je ne crois pas qu'il soit utile d'insister sur ce point. En France, l'obligation fixée par le décret du 25 juillet 1893 de posséder au moins le certificat d'études primaires supérieures ou le certificat d'études déterminé par ce même décret de 1893 nous paraît, au point de vue de la culture générale, une mesure suffisante pour une profession qui doit être abordée d'assez bonne heure. Il serait à souhaiter aussi, dans une profession comme la nôtre, où il est nécessaire de suivre les travaux faits dans les autres pays, que la connaissance des langues étrangères se généralisât davantage.

Ceci admis pour la culture générale, doit-on s'en tenir, pour le futur étudiant en dentisterie, uniquement à cette instruction générale, ou bien ses études doivent-elles être orientées déjà vers le but spécial qu'il devra poursuivre ?

Il faut, pour résoudre cette question, en poser préalablement une autre dont la solution fournira tout naturellement la réponse à la première : « Quelles sont les qualités nécessaires pour faire un dentiste ? » Tout le monde n'est pas apte à faire un dentiste ; il faut posséder en effet, outre une intelligence suffisante pour s'assimiler les connaissances diverses nécessaires à l'étude de notre art, une habileté manuelle assez grande pour pouvoir acquérir à la longue la dextérité qu'exige l'exécution des divers travaux de la dentisterie opératoire et de la prothèse. Or, certains individus, qui peuvent être par ailleurs pourvus d'une intelligence parfaite, sont d'une maladresse native qui les rend inaptes à acquérir une habileté moyenne dans la pratique de notre art.

Il nous paraît donc nécessaire, suivant le principe posé par M. Cunningham, de s'assurer à l'avance que le futur étudiant en dentisterie possède ce minimum indispensable d'habileté manuelle. Pour cela, il conviendrait d'exiger de celui-ci une instruction manuelle générale qui permît de juger de ses aptitudes et qui, en même temps, lui fît acquérir à ce point de vue particulier des principes généraux dont il trouverait l'application plus tard. Il convient aussi que l'étudiant en dentisterie possède, avant d'aborder l'enseignement professionnel, des notions scientifiques générales suffisantes pour pouvoir suivre avec fruit les cours spéciaux qui, sans cela, sont obligés de se tenir à un niveau trop élémentaire.

Ce sont ces diverses considérations qui nous ont amené à vous proposer d'adopter, pour la première question posée par la F. D. I., la réponse suivante, qui est la reproduction d'un vœu émis par le Congrès de 1900 :

*L'instruction préliminaire nécessaire à l'étudiant en dentisterie avant d'être admis à suivre l'enseignement professionnel doit comprendre :*

1° *Une instruction littéraire avec la connaissance de deux langues vivantes ;*

2° *Une instruction scientifique élémentaire ;*

3° *Une instruction manuelle.*

Dans ces différents ordres d'instructions, on ne saurait trop s'inspirer des paroles si remarquables de sir Michaël Foster parlant de la base générale sur laquelle doit reposer toute instruction spéciale : « Cette base large, dit-il, doit être la discipline de l'école, c'est-à-dire l'école de l'enfant. Je dis la discipline et non l'enseignement de l'école, car le but du maître d'école doit être dans tous les cas la formation de l'esprit, la préparation de l'instrument et non le remplissage de la

bouteille. Le développement des habitudes d'exactitude, d'application, de vigilance, plutôt que l'acquisition de la simple connaissance des faits, est le véritable héritage de l'école et, pour prendre ces habitudes, *ce que l'enfant apprend importe moins que la façon dont il apprend.* »

La 2e QUESTION est ainsi conçue : « *Quels doivent être la composition des études dentaires, leur durée et l'ordre des matières du programme ?* »

Cette question est incontestablement la plus grosse de toutes celles qui peuvent être posées, car elle met plus particulièrement aux prises les deux principes qui se disputent la direction des études dentaires : le principe odontologique et le principe stomatologique. Il ne nous est pas possible de discuter ici ces deux théories, cela a été fait du reste en trop d'endroits pour qu'il soit nécessaire d'y revenir, et en outre le temps nous ferait défaut, la question comportant des développements assez longs. Toutefois, il est un certain nombre de points qui doivent être établis, car ils forment la base sur laquelle on doit s'appuyer pour résoudre la question posée ci-dessus.

Il est incontestable que l'instruction d'un homme n'est jamais trop étendue ; sans doute tout savoir est utile, mais, ajoutait excellemment sir Michaël Foster dans sa conférence de Cambridge, « la puissance de l'esprit humain pour l'acquérir et le conserver est limitée. » D'autre part, le développement des connaissances humaines est tel qu'il n'est plus possible aujourd'hui à un homme de pouvoir, comme Pic de la Mirandole, disserter *de omni re scibili et quibusdam aliis* et qu'il devient indispensable à l'homme de se limiter, s'il veut acquérir non pas une connaissance superficielle, mais une connaissance approfondie d'une branche quelconque de la science. Car, ainsi que le disait M. Godon, citant Herbert Spencer, dans son excellente conférence de Cambridge : « Nous, dont l'existence est brève, nous ne devons pas oublier que nous avons peu de temps pour nous instruire. »

La question de la durée des études a donc une importance extrême, ainsi que M. Godon et moi nous l'avons établi l'année dernière dans les discussions de la Fédération internationale. Cette durée doit être forcément limitée et quatre ou cinq ans paraissent un maximum qui ne peut être dépassé. Il n'est donc pas possible de demander aux dentistes des études analogues à celles des docteurs en médecine puisqu'il est impossible, et cela, je crois, ne sera pas nié par quiconque a une connaissance suffisante des faits, de faire en quatre ou cinq ans à la fois un médecin et un dentiste. Il convient donc de faire du temps maximum qui peut être consacré aux études un emploi rationnel qui permette aux étudiants en dentisterie d'acquérir graduellement les connaissances nécessaires à l'exercice de leur profession.

Les études dentaires peuvent être divisées en deux parties : d'une part les études scientifiques et médicales, d'autre part les études techniques. Comment ces études doivent-elles être réparties ?

Il est indispensable, pensons-nous, de donner une prééminence très notable aux études techniques et particulièrement aux travaux pratiques. La thérapeutique dentaire et ses deux corollaires, la dentisterie opératoire et la prothèse, comportent en effet une partie manuelle très importante qui nécessite un apprentissage prolongé de l'œil et de la main ; d'où la nécessité de consacrer une partie très considérable du temps d'études aux exercices pratiques (prothèse et dentisterie opératoire).

D'après les calculs établis par M. Godon dans sa thèse et, antérieurement par moi, dans mon rapport au Congrès de 1900 la proportion d'un cinquième du temps d'études consacré à la partie scientifique et médicale de l'enseignement dentaire paraît suffisante. Nous pensons donc que c'est en se basant sur cette proportion que devra être établi le programme de cette partie de l'enseignement dentaire.

Convient-il de scinder l'enseignement, ainsi que cela se fait dans certains pays étrangers, en Suisse, par exemple, où une année est consacrée aux études des sciences physiques et naturelles, une année aux études médicales et une année et demie aux études dentaires ? Nous ne le pensons pas. Les études techniques, avons-nous dit, doivent être de longue durée, particulièrement en ce qui concerne les travaux pratiques ; or, il est nécessaire, pour que l'étudiant profite de ceux-ci, qu'il reçoive concurremment un enseignement technique théorique, sans préjudice de l'enseignement général scientifique et médical. Il résulte de ces faits la nécessité d'organiser parallèlement les divers cours, l'enseignement scientifique et médical et l'enseignement technique se donnant simultanément. La répartition seule devra différer, les cours scientifiques et médicaux devant prédominer dans les premières années et les cours techniques dans les dernières. Tous ces cours, particulièrement les cours techniques, doivent être, naturellement, gradués suivant les années d'études.

Il convient d'établir une règle particulière pour les docteurs en médecine se destinant à l'exercice de l'art dentaire, et, conformément au vœu émis par le Congrès de 1900, cette catégorie d'étudiants doit être astreinte à suivre pendant deux ans au moins les cours d'une école dentaire. Toutefois il faudrait dresser, pour ces étudiants un programme de travaux pratiques leur permettant de parcourir graduellement, en ces deux années, le programme des travaux pratiques normalement répartis sur quatre années.

Ces diverses considérations établies, nous vous proposons d'adopter la réponse suivante à la deuxième question ci-dessus indiquée :

1° *Les études dentaires comprennent une partie scientifique et médicale et une partie technique.*

2° *Leur durée est au moins de quatre années.*

3° *Ces études doivent être organisées suivant une méthode parallèle*

*de tous les cours : enseignement scientifique et médical et enseignement technique simultanément.*

4° *Les gradués en médecine se destinant à la pratique de l'art dentaire doivent être astreints à suivre au moins pendant deux ans les cours d'une école dentaire.*

3e QUESTION. *Quelle partie des études telles qu'elles sont faites dans les écoles de médecine doit être suivie par l'étudiant en dentisterie ?*

Après ce que nous venons de dire au sujet de la question précédente, la réponse à cette dernière question ne comportera pas de longs développements. Tout d'abord nous rejetons complètement, pour les raisons maintes fois exposées et dont quelques-unes sont rappelées plus haut, l'assimilation des études dentaires aux études médicales et par conséquent l'obligation d'études médicales complètes pour l'exercice de l'art dentaire.

En dehors de cette conception absolue de la question, y a-t-il avantage, pour les étudiants en dentisterie, à suivre certains enseignements donnés dans les écoles de médecine ? Nous ne le pensons pas. Ainsi que nous le disions déjà dans notre rapport sur l'enseignement, s'il est indispensable que l'étudiant en dentisterie ait des connaissances en anatomie, en physiologie, en chimie et en physique, il n'est pas indispensable qu'il possède ces connaissances d'une façon aussi étendue que s'il se destinait à exercer la médecine ou à acquérir un grade en sciences physiques. Dans les Facultés de médecine, les cours sont faits en vue des études de médecine ; il en résulte que les étudiants en dentisterie, par le temps limité qu'ils sont obligés d'y consacrer, ne peuvent profiter que d'une façon restreinte d'un cours plus élevé qu'il n'est strictement nécessaire pour leurs études ultérieures, ou bien qu'ils y consacrent un temps suffisant ; mais dans ce cas, si leurs études ne sont pas prolongées, c'est aux dépens de leur instruction professionnelle.

Je suis heureux sur ce point de me rencontrer avec un homme de valeur de M. le Dr Joseph Griffiths, professeur de chirurgie à l'Université de Cambridge. Dans la mémorable séance de la F. D. I, à Cambridge, M. le Dr Joseph Griffiths, après avoir comparé les besoins respectifs du médecin et du dentiste, disait en effet, dans son remarquable discours : « Cet enseignement du dentiste peut-il être donné parallèlement à celui du médecin ? C'est là la question vraiment importante. J'y réponds négativement sans hésiter. L'anatomiste peut enseigner à l'un ou à l'autre, mais il ne peut enseigner aux deux à la fois sans donner à l'un beaucoup plus qu'il ne lui faut, tout en ne donnant pas suffisamment à l'autre. Il en est de même du physiologiste. Je prétends donc que leurs cours doivent être distincts et organisés de façon à poursuivre le résultat nécessaire. »

Nous concluerons donc que, de même que la science dentaire est

une science autonome, de même l'enseignement dentaire doit être un enseignement autonome.

Il reste cependant deux points particuliers à examiner : la dissection d'une part, les cliniques médicales et chirurgicales d'autre part.

Pour la dissection, les écoles dentaires sont aux prises avec une difficulté: celle de se procurer des cadavres, beaucoup de considération intervenant en effet dans notre pays à ce sujet. Dans les pays où existe cette difficulté il faut donc de toute nécessité recourir aux écoles de médecine ou aux hôpitaux, mais, à une condition absolue, c'est que les cours y seront faits exclusivement à l'usage des dentistes, le local seul se trouvant changé, l'esprit de l'enseignement restant le même.

Pour les cliniques médicales et chirurgicales la question est plus facile à trancher. Il ne faut pas oublier en effet que, sauf de très rares exceptions — et alors ils sont généralement assistés du médecin traitant, — les dentistes n'ont à soigner que des malades non alités. Par conséquent, ce qu'ils ont intérêt à voir, ce sont des malades allant et venant comme ceux se présentant aux consultations externes. Il est donc facile d'organiser dans chaque école une consultation annexe destinée à combler cette lacune ; mais, dans le cas où l'on n'organiserait pas les choses ainsi, on devra s'adresser aux consultations hospitalières, en prenant soin, comme pour la dissection, que ces examens de malades soient faits exactement en vue du but d'instruction spéciale qui doit être poursuivi pour les étudiants dentistes.

Nous vous proposons donc, en réponse à la troisième question, l'adoption de la proposition suivante :

*Toutes les études des étudiants en dentisterie doivent se faire exclusivement dans les écoles dentaires, sauf celle de la dissection, en cas d'impossibilité d'avoir des cadavres, mais à condition que le cours soit fait exclusivement à l'usage de ces étudiants.*

Telles sont, Messieurs, les propositions que j'ai l'honneur de vous soumettre, au nom de votre Commission d'enseignement. Nous espérons que vous voudrez bien les adopter et donner mission à vos délégués à la Fédération internationale de les défendre en votre nom, au mois d'août, à Stockholm.

---

## RAPPORT

*présenté, au nom de la Commission d'enseignement, sur la Fédération des écoles dentaires françaises.*

Par M. le Dr Pont (de Lyon),
Directeur de l'Ecole dentaire de Lyon.

Messieurs,

Laissez-moi tout d'abord vous remercier de l'honneur que vous me

faites en me choisissant comme rapporteur du projet de fédération des écoles dentaires françaises. Cet honneur rejaillit en même temps sur l'Ecole dentaire de Lyon et, au nom de mes dévoués collaborateurs, je tiens à vous exprimer toute notre reconnaissance.

Je dois vous dire cependant que lorsque, il y a trois jours, je reçus la lettre de mon excellent ami le Dr Sauvez, ce n'est pas précisément une idée de reconnaissance qui me vint la première à l'esprit. Aussi je vous prierai d'excuser ce que vous pourriez trouver de défectueux dans ce rapport, car je n'ai eu que quelques heures devant moi pour le rédiger.

Nous allons donc examiner si l'association des écoles dentaires françaises peut être une chose utile pour nous tous, et, ce point admis, nous verrons comment nous devons comprendre cette association.

Une association de ce genre sera utile, je crois, non seulement pour les écoles elles-mêmes, mais aussi pour les élèves et pour notre profession tout entière :

1° *Utilité pour les écoles dentaires françaises de leur association.* — Il semblerait pour un esprit superficiel qu'une association de ce genre dût détruire l'esprit d'émulation entre les écoles dentaires et avoir par conséquent, au point de vue scientifique, un résultat plutôt nuisible. Mais, si l'on veut bien se donner la peine de réfléchir, on verra au contraire que l'émulation n'existe pas entre les écoles et qu'elle ne peut exister que lorsqu'elles se connaîtront mieux et qu'il y aura uniformité dans leur programme, leurs conditions d'admission et leur enseignement. A l'heure actuelle, c'est à peine si les écoles dentaires se connaissent entre elles ; elles sont isolées et n'ont peut-être pas la force qu'elles devraient avoir. C'est l'éternelle histoire des verges, fragiles et cassantes lorsqu'elles sont séparées, et qui, réunies, deviennent le faisceau du licteur romain.

Groupons nos écoles et nous n'aurons plus besoin de la réclame pour les faire connaître, soit en France, soit à l'étranger. Leur force et leur puissance d'action seront ainsi considérablement augmentées et nous pourrons alors plus facilement atteindre l'idéal que nous recherchons tous.

2° *Utilité pour les élèves de l'association des écoles dentaires françaises.* — A l'heure actuelle il peut se faire qu'un élève, pour une raison quelconque, veuille changer d'école. Or, ce changement est possible en théorie, mais pratiquement il devient difficile, sinon impossible, car l'élève s'expose à méconnaître pour toujours certaines connaissances élémentaires, certaines parties du programme qui ne devaient être enseignées par exemple qu'en 2e année dans l'école qu'il vient de quitter, ayant déjà été apprises en 1re année dans l'école où il se propose d'entrer.

Je sais très bien que les élèves qui changent d'école ne sont pas

toujours les plus intéressants, mais il peut arriver que ce changement soit nécessité chez de bons élèves par des raisons de famille ou pour tout autre cause sérieuse. Et j'ajouterai que, grâce à cette association, si le changement d'école ne doit pas être nuisible aux bons élèves, par contre il sera loin d'être profitable aux mauvais élèves. Ce sera donc un nouveau moyen, à côté de ceux que je signalerai tout à l'heure, de débarrasser nos écoles de certains fruits secs qui, plus tard, non seulement dénigrent et critiquent l'école qui les a instruits, mais qui même déshonorent la profession parce qu'ils sont nuisibles à leurs malades et qu'ils sont obligés pour vivre de recourir à la quatrième page des journaux.

Il y a également une autre catégorie d'élèves pour laquelle l'association des écoles sera très utile : je veux parler de certains esprits chagrins qui se figurent toujours que l'enseignement est meilleur dans la maison d'en face ou dans la ville voisine. Ces élèves-là sont très redoutables pour leurs maîtres, car ils les rendent toujours responsables de leur ignorance, de leurs fautes et de leur maladresse. De pareils reproches ne seront plus possibles lorsque les méthodes d'enseignement seront modifiées.

Je pense enfin que l'émulation qui doit exister entre les élèves de chaque école sera considérablement augmentée lorsque nous aurons établi des examens qui seront dans l'enseignement supérieur ce que sont dans l'enseignement secondaire les concours généraux des lycées.

*3° Utilité pour la profession de l'association des écoles dentaires françaises.* — Ici l'utilité de cette association est encore plus apparente, semble-t-il, que dans les deux cas précédents.

Peu à peu, grâce aux écoles dentaires, nous avons vu dans ces vingt dernières années s'ouvrir des Congrès nationaux; nous avons pu assister au magnifique et colossal Congrès international de 1900. Les Associations dentaires sont devenues de plus en plus fréquentes ; il en est résulté une apparition plus grande de travaux scientifiques et de découvertes plus importantes les unes que les autres. Tous ces progrès réalisés grâce à nos écoles iront en augmentant si celles-ci deviennent plus fortes en se groupant. Dans le cas contraire, nous serons désunis, nous formerons des Etats dans l'Etat, nous nous connaîtrons moins et nous risquerons de reculer ou de piétiner sur place, au lieu de continuer à progresser et à relever notre profession.

Je ne sais, Messieurs, si dans cet exposé rapide j'aurai pu vous démontrer suffisamment les avantages et l'utilité d'une association de nos écoles dentaires. Je crois d'ailleurs que sur ce sujet nous sommes tous à peu près du même avis; il serait donc tout à fait inutile d'insister plus longuement. Quoi qu'il en soit, je tiens maintenant à vous dire comment je comprends cette association.

Il me serait difficile dans un rapport de ce genre de donner d'une façon complète les bases de cette association. Il y a néanmoins un certain nombre de questions que nous pouvons aborder dès aujourd'hui.

Il faut tout d'abord que les conditions d'admission des élèves soient les mêmes dans toutes les écoles dentaires françaises ; il serait également indispensable d'unifier dès maintenant les programmes d'enseignement ; mais, pour entrer dans tous les détails, il serait bon, je crois, de nommer une Commission chargée d'élaborer un plan d'études divisé en quatre années et comprenant une partie théorique et une partie pratique. Le projet de cette Commission serait soumis au Conseil de chaque école et il serait ainsi facile d'arriver à une entente définitive.

D'ailleurs, n'avons-nous pas tous admis déjà après le congrès d'Ajaccio la création d'une quatrième année d'études ?

L'ensemble avec lequel cette proposition a été adoptée est d'un excellent augure pour l'avenir. Il serait également très facile de nous entendre sur les questions d'ordre pécuniaire, car les écoles doivent être créées dans un but scientifique et non dans un but commercial et une guerre de tarifs ne serait pas profitable et serait encore moins honorable.

Lorsque cette association aura été admise en principe, nous pourrons résoudre d'une façon définitive certaines questions qui ne nous paraissent pas encore tranchées, surtout en ce qui concerne l'admission des élèves étrangers et des élèves diplômés des écoles étrangères.

Voici d'ailleurs à ce sujet un exemple assez démonstratif. Il y a quelques mois, le Dr Rolland, directeur de l'école dentaire de Bordeaux, voulut bien m'écrire pour me demander mon opinion sur un cas particulier.

Il s'agisssait de savoir si un élève diplômé d'un école étrangère pouvait être admis en 3e année, dans une école dentaire française. M. Rolland m'annonçait d'ailleurs qu'il écrivait en même temps aux directeurs des deux écoles dentaires parisiennes. Je crois que les trois réponses furent toutes les trois différentes.

Dans des conditions semblables, non seulement le directeur de l'école se trouve très embarrassé, mais il peut arriver aussi que des élèves profitent de certaines dispenses qu'ils ne méritent pas et auxquelles ils n'ont aucun droit.

Il y aurait encore une foule d'autres questions à étudier, mais ce n'est pas dans un rapport de cette nature qu'il est possible de le faire. Je tiens cependant avant de terminer à vous apprendre quelques décisions que nous avons prises à l'Ecole dentaire de Lyon.

Afin d'éviter la critique de certains dentistes qui prétendent que les écoles dentaires sont une concurrence pour certains cabinets, nous avons décidé de ne soigner que les malades indigents et nous exigeons

toujours de chacun de nos patients la présentation du certificat d'indigence. Nous n'acceptons aucune somme d'argent de nos patients, les soins sont essentiellement gratuits et nos élèves doivent fournir non seulement leurs instruments, mais encore toutes les matières obturatrices.

Vous savez qu'on a reproché aux écoles d'être une cause d'encombrement pour la profession et de chercher à fabriquer des dentistes sans se préoccuper de l'avenir de leurs élèves. A ce dernier reproche il serait facile de répondre que les Facultés de médecine et les Facultés de droit ne se sont jamais souciées de l'avenir de leurs étudiants et que nous n'avons pas à faire différemment.

Voici d'ailleurs ce que j'avais décidé à Lyon bien avant qu'on eût formulé ce reproche. L'Ecole dentaire lyonnaise étant destinée, à mon avis, à fournir des dentistes dans la région du Sud-Est, je me suis livré à des calculs de statistique qui m'ont permis de fixer d'une façon approximative le nombre d'élèves que l'école pourra recevoir sans risquer d'encombrer la profession.

En réglant ainsi d'avance le nombre des élèves et en m'astreignant à ne jamais dépasser le nombre fixé, j'avais ainsi l'avantage de pouvoir faire une sélection, de régler d'avance l'organisation des cours et j'étais sûr d'avoir toujours à ma disposition des locaux assez vastes, un matériel suffisant et un corps enseignant assez nombreux et pouvant au besoin s'occuper de chaque élève en particulier.

N'est-ce pas d'ailleurs ce qui se passe dans beaucoup d'écoles, comme l'Ecole de santé militaire, l'Ecole centrale, les Ecoles, de commerce, etc.? Je crois que notre profession et que les Ecoles dentaires gagneraient à tous les points de vue en adoptant ce système.

Ce ne sont là, Messieurs, que des idées absolument personnelles, que vous êtes libres d'admettre ou de combattre.

En écrivant ce rapport j'ai voulu surtout vous montrer l'utilité de l'association des écoles dentaires françaises et je m'estimerai suffisamment récompensé si les événements me démontrent que le but est atteint.

---

## RAPPORT

*présenté, au nom de la Commission d'enseignement, sur les questions soumises à la F. D. I.,*

Par M. le Dr Siffre,

Professeur à l'Ecole odontotechnique.

La chirurgie dentaire est une branche de la médecine; c'est, comme on dit couramment, une « spécialité médicale », tout comme la laryngo-

logie, l'ophtalmologie, la dermatologie, mais une spécialité médicale qui oblige ceux qui l'exercent à posséder, en plus de la base médicale, un savoir technique, manuel très complet, très complexe : je veux dire la prothèse, mais la prothèse que l'opérateur exécute lui-même sur le malade, au fauteuil, la prothèse de laboratoire étant tout autre et demandant, non point des études, mais un apprentissage qui n'a rien à voir avec la science médicale, cela ne fait de doute pour personne.

Je dis que la chirurgie dentaire est une spécialité médicale parce que chacun des actes du chirurgien-dentiste est avant tout et surtout un acte thérapeutique. Le chirurgien-dentiste soigne des organes ou des régions malades; il est supérieur en cela à ses confrères des autres spécialités médicales, car il peut artificiellement compléter la cure par la restitution de la partie d'organisme détruite par la maladie, et même, sortant de son domaine, prêter son concours pour faire supporter aux opérés de la chirurgie générale la guérison, souvent aussi pénible que le mal.

Mais ce n'est là ni une appréciation personnelle, ni une appréciation tendancieuse, c'est l'expression légale que la chirurgie dentaire est bien une branche de la médecine. La loi médicale de 1892 n'est-elle pas là pour le montrer dans ses articles d'ordre général comme dans ses articles particuliers ? Docteur, chirurgien-dentiste, sage-femme ne sont-ils pas mêlés pour une quantité de faits, d'actes, d'études, d'examens, de diplôme, de droits, de devoirs, de prérogatives ?

Et cette loi ne nous montre-t-elle pas la séparation bien nette de la chirurgie dentaire et de la prothèse pure, en laissant le mécanicien dentiste, le fabricant de dentiers, le prothésiste, exercer sans études, sans diplôme, tout comme le premier cordonnier orthopédiste venu, et ne vient-elle pas frapper ce prothésiste quand il fait une incursion sur le domaine médical, quand il fait acte de « chirurgien-dentiste » ?

Et si cette loi était abrogée, remplacée par une autre, qui oserait sérieusement dire que le docteur en médecine ne serait pas seul à pouvoir exercer la chirurgie dentaire et qu'un diplôme spécial serait exigé pour faire des fausses dents, des maxillaires en vulcanite ou une couronne en or ?

Alors ne faudrait-il pas aussi exiger un diplôme spécial pour fabriquer des jambes de bois et des bas à varices ?

Mais, messieurs, si je m'empresse de vous dire que la prothèse est une partie très importante de notre profession et qu'il faut la conserver et la perfectionner, il ne faut pas non plus négliger de perfectionner à outrance les moyens de thérapeutique d'ordre purement médical, et, comme je l'ai dit au Congrès de 1900, l'avenir n'est pas au plus artistique remplacement de nos organes dentaires perdus, mais

bien à la conservation de ces organes, et l'idéal de la chirurgie dentaire est justement pour moi la disparition progressive de la prothèse en général, remplacée par la thérapeutique, la médecine dentaire.

Vous comprendrez donc que dans ce rapport je donne une large part aux études médicales et que je vous dise que le chirurgien-dentiste, qui peut, comme son concurrent légal, le docteur en médecine, exercer la profession de dentiste, doit posséder pour la société en général et pour lui-même, tant au point de vue professionnel qu'au point de vue de son avenir, la même dose de science médicale utilisée par ce concurrent même.

Il faut en un mot qu'en présence du docteur en médecine ayant appris l'art dentaire conformément aux vœux émis, par exemple au Congrès de 1900, le chirurgien-dentiste puisse rester sur le pied d'égalité, et qu'on ne puisse pas dire qu'il est inférieur, puisque le docteur en médecine a reçu la même instruction que lui, chirurgien-dentiste, en plus de son instruction médicale. Vous pensez bien, en effet, qu'en présence de l'envahissement doctoral de notre profession, le jour est proche où ces confrères pourront trouver une instruction aussi complète et aussi bonne que celle que nous donnons à nos élèves.

Nous, écoles dentaires, nous ne pouvons pas avoir la prétention de monopoliser dans nos personnes professorales et sous nos toits scolaires toute la vraie science dentaire et la manière l'enseigner. Il faut voir la question à un point de vue plus élevé, au point de vue social, démocratique.

A l'heure actuelle, deux praticiens peuvent exercer l'art dentaire : le docteur en médecine et le chirurgien-dentiste.

Le docteur en médecine vient de la classe bourgeoise, c'est-à-dire de la classe aisée, qui peut faire suivre la voie de l'enseignement secondaire à ses fils ; le chirurgien-dentiste peut sortir du peuple, de l'humble, du pauvre, parce qu'il peut n'avoir que la voie de l'enseignement primaire. Mais tous deux par ces voies différentes se rencontrent au même but.

Tout l'effort doit donc être fait pour que le chirurgien-dentiste ne disparaisse pas, pour qu'il reste, odontologiquement parlant, l'égal du docteur en médecine et même qu'il soit supérieur à ce dernier ; or, il le peut.

Le docteur en médecine sortant toujours des lycées, collèges, ce sera toujours une scolarité longue qui lui ouvrira les portes des Facultés de médecine, où il rencontrera une scolarité non moins longue ; vers dix-huit ans les deux champions se trouveront au départ. Le docteur en médecine finira ses études scolaires médicales vers vingt-cinq ans ; il devra alors commencer ses études dentaires et ce n'est que vers vingt-sept ans qu'il pourra être l'égal du chirurgien-dentiste, qui, n'ayant à apprendre que la partie médicale réellement utilisable,

pourra, en plus des trois années d'études dentaires, consacrer au perfectionnement des études dentaires et médicales presque cinq années.

Et qu'on ne vienne pas dire qu'on peut mener les études dentaires et médicales de front ; comme c'est surtout la chirurgie dentaire qu'on a l'intention d'exercer, on lui sacrifiera volontiers la médecine, et alors je serai en droit de soutenir que ce docteur en médecine n'est pas même au niveau médical du chirurgien-dentiste comme je le rêve, un chirurgien-dentiste duquel on ne pourra pas dire ce que l'honorable ancien doyen Brouardel disait au sein du Conseil de surveillance de l'Assistance publique à l'occasion de la création du concours des dentistes des hôpitaux de Paris. Je rêve surtout ce chirurgien-dentiste pouvant postuler et occuper tous les emplois spéciaux, officiels surtout, conformément au mode de recrutement établi, concours ou choix, sans qu'on puisse l'éliminer sous prétexte d'infériorité originelle odontologique ou médicale, infériorité toute factice, puisque le docteur en médecine ne doit sa supériorité qu'au hasard de la situation familiale qui lui a fait ouvrir les portes de l'enseignement secondaire, au lieu des portes de l'enseignement primaire.

La chirurgie dentaire, par la loi de 1892, a entamé ce mur qui sépare la bourgeoisie riche du peuple pauvre, en permettant aux fils des petits d'entrer dans une carrière libérale, honorable, et rémunératrice. Ne permettons pas que cette brèche soit fermée, aussitôt qu'elle a été ouverte ; opposons à la prétendue supériorité médicale pure de l'heure présente l'égalité médicale dentaire du chirurgien-dentiste. Que ceux qui peuvent légalement exercer la profession de dentiste puissent le faire dans toutes les conditions, publiques ou privées.

Mais si la chirurgie est une spécialité médicale, elle ne comporte pas, *ipso facto*, la possession obligatoire du doctorat en médecine, je m'empresse de le dire. La scolarité du candidat docteur en médecine comporte un programme dont bon nombre de matières sont absolument inutiles au dentiste. Par exemple je ne vois pas bien l'utilité de faire un stage d'accouchement, de subir des examens oraux et pratiques d'obstétrique, de faire trois ans de dissection, d'apprendre l'anatomie de la cuisse ou du pied, de faire des amputations de jambes, de faire trois ans de stage dans des services de médecine et de chirurgie. Tout cela est du temps perdu, car il ne peut y avoir aucune « utilisation » de ces études dans l'exercice de la chirurgie dentaire.

Maintenant que vous connaissez mon état d'âme, il m'est facile de vous donner la conclusion et de répondre à la 3[e] question que la Commission internationale d'enseignement doit étudier à Stockholm.

Voici ce que je vous propose :

La Fédération dentaire nationale émet le vœu que la Commission d'enseignement étudie le moyen de faire faire aux étudiants en chirurgie dentaire :

« 1° Un stage dans les services hospitaliers, médecine, chirurgie, » oto-rhino-laryngologie par exemple ;

» 2° Des travaux pratiques de sciences médicales d'ordre géné- » ral : bactériologie, histologie, pathologie générale par exemple ;

Elle émet en outre le vœu :

» 3° Que les élèves en chirurgie dentaire subissent un examen cli- » nique élémentaire sur un malade de médecine, un malade de chi- » rurgie et un examen oral sur ces sciences médicales générales. »

---

## RAPPORT

*présenté, au nom de la Commission d'hygiène et des services dentaires publics,*

*sur la création de services dentaires dans les écoles et dispensaires,*

Par M. Ducournau,

Président de l'association de l'Ecole odontotechnique.

Messieurs et chers collègues,

La commission d'hygiène et des services dentaires publics de la Fédération dentaire nationale, dans sa séance du 15 de ce mois, séance à laquelle je m'étais excusé par lettre de ne pouvoir assister, m'a fait l'honneur de me désigner pour vous présenter un rapport sur les services dentaires dans les établissements scolaires et dans les établissements d'assistance publique et privée.

J'eusse été fier de remplir cette charge de rapporteur, si j'avais eu devant moi le temps matériel de traiter ce travail en tout repos et de lui donner l'ampleur qu'il comporte ; mais, pris au dépourvu, ne disposant que d'une huitaine à peine, je demande toute votre indulgence pour les lacunes que je n'aurais pas comblées.

Avant la fondation des écoles dentaires en France, les soins pathologiques de la bouche et des dents étaient fort négligés par certaines catégories de gens. Les classes privilégiées, les personnes riches seules avaient recours à notre art ; le peuple ne connaissait que l'extraction pour soulager ses souffrances. Il ignorait encore que les dents malades pouvaient être guéries et conservées longtemps à leurs importantes fonctions.

Il n'en est plus ainsi maintenant. L'éducation de ce public digne d'intérêt a été faite grâce aux écoles dentaires, où chaque jour des centaines de malades vont recevoir des soins gratuits ; ces malades conservent leurs dents et sanctionnent, par leurs applaudissements et leur

reconnaissance, l'œuvre philanthropique que nous avons entreprise.

Les quelques services dentaires créés dans les établissements scolaires et les établissements d'assistance publique et privée couronnent l'œuvre des écoles.

J'admire le dévouement désintéressé des titulaires en dentisterie de ces établissements, qui sacrifient leur temps et leur argent pour remplir leurs fonctions et je fais des vœux pour qu'il leur soit alloué des émoluments, car pour humanitaires qu'ils soient, leur philanthropie n'est pas sans limites et la charge qu'ils ont prise n'en serait que mieux remplie.

Je considère, en effet, Messieurs, qu'il faut pouvoir disposer de beaucoup de temps pour donner des soins sérieux dans nos établissements scolaires ou d'assistance publique, en raison du grand nombre d'enfants à soigner, et à moins de circonstances toutes particulières, c'est-à-dire d'avoir des rentes, aucun de nous ne peut faire ce service convenablement sans négliger sa propre clientèle.

Mais passons sur ces réflexions, qui sortent peut-être du sujet à traiter, et revenons à la question pour laquelle j'ai été désigné.

Sans entrer dans de longues dissertations sur l'utilité de l'hygiène en général, je tiens à établir, et vous serez tous de mon avis, que c'est à l'hygiène et à l'application des mesures préventives qui s'y rattachent que nous devons les améliorations ou atténuations de la plupart des affections, y compris celles de la bouche et des dents.

L'homme a toujours cherché à se préserver des influences extérieures qui auraient pu lui nuire, et c'est par l'hygiène que la médecine a débuté, c'est d'elle que nous tirons les moyens de conserver notre santé et c'est par elle que nous évitons bien des maladies.

Les notions d'hygiène ont existé depuis les temps les plus reculés de notre ère, mais jusqu'à la fin du XVII^e siècle ces notions étaient restées à l'état embryonnaire. Jean-Jacques Rousseau, ce célèbre prosateur et philosophe, fut sans conteste l'un des premiers réformateurs de cette science ; il fut suivi de près par Lavoisier, Berthollet, Cuvier et bien d'autres savants, dont les chefs-d'œuvre font l'orgueil de notre histoire scientifique ; mais c'est surtout depuis les merveilleuses découvertes de Pasteur que l'hygiène joue un rôle vraiment prépondérant.

Grâce aux progrès réalisés, l'art de guérir et l'art dentaire, comme les autres branches de la médecine, profitent largement de toutes ces découvertes qui nous guident dans l'application des soins hygiéniques.

Le rôle important que jouent les dents au point de vue de la santé de chacun de nous ne dépend-il pas en général de leurs qualités et de leur bon état physiologique ? Leur rôle principal s'exerce sur nos aliments, qu'elles doivent broyer le mieux possible pour que l'estomac les digère facilement. Ceux qui ont perdu leurs dents, ceux dont les

dents sont gâtées ou douloureuses seront les premiers à proclamer les bienfaits d'une bonne dentition dans l'acte de la mastication.

En dehors de leur utilité, les dents ont aussi le privilège de contribuer à l'harmonie, à la beauté du visage et elles sont encore nécessaires à la parole et à l'articulation des sons.

La bouche, chacun de vous le sait, est le réceptacle d'un grand nombre de microbes qui, suivant l'état pathologique du sujet, peuvent influer sur sa santé et produire la carie avec toutes ses complications. Or, cette affection, qui est extrêmement fréquente dans les écoles communales, n'a provoqué jusqu'à présent aucune intervention sérieuse propre à en arrêter la propagation effrayante, ainsi que vous allez le voir par les statistiques relevées ci-dessous.

En Angleterre, Fedley a constaté que sur 3.145 enfants 22, 5 o/o avaient les dents cariées. Hoppe de Leipzig a trouvé mille dents cariées sur trois mille qu'il a examinées. Röse en Allemagne trouva sur dix mille sujets une moyenne de 90 o/o de dents malades.

Magitot, chez nous, cite trois régions qui sont surtout tributaires de la carie : l'une, du Nord-Ouest, comprend la Flandre française, la Picardie et la Normandie ; la seconde, à l'Ouest, comprend l'Anjou, le Poitou et la Vendée ; enfin la troisième renferme la Guyenne, la Gascogne et le Béarn.

D'un autre côté, le Dr Amoëdo dans sa thèse établit le manque de soins dans les écoles et nous fournit des statistiques très intéressantes, qui démontrent que 87 o/o des enfants dont il a trouvé les dents malades n'avaient reçu que des soins peu en rapport avec leur état.

Enfin, dans sa communication au Congrès dentaire international de 1900 sur l'enseignement populaire de l'hygiène, M. Cunningham nous a démontré, au moyen de projections lumineuses, la marche progressive de la carie dans les bouches non soignées. J'ai relevé qu'il a trouvé, sur 600 enfants d'une école près de la ville de Leeds, la moitié des dents cariées entre 6 et 7 ans ; après 7 ans, ces mêmes enfants en avaient 90 o/o de malades et à 9 ans 1/2 elles étaient toutes atteintes de carie. M. Cunningham, après bien des réflexions, conclut qu'il est indispensable pour conserver ces organes importants de commencer à les soigner dès le premier âge. Il conseille en outre des inspections fréquentes dans les écoles, inspections qui devraient être ordonnées et subventionnées par l'État, et, pour confirmer sa manière de voir, il ajoute avoir constaté une amélioration de 40 o/o sur les enfants qui reçoivent des soins appropriés.

Le temps m'a manqué pour faire d'autres recherches statistiques, mais celles que j'ai relevées suffisent pour démontrer combien est considérable le nombre des dents cariées chez les enfants des écoles. J'attribue, comme M. Cunningham, en grande partie cette fréquence de

la carie au manque d'entretien de la bouche, c'est-à-dire à l'absence complète des soins les plus élémentaires de propreté qui, dans cette catégorie d'enfants, fait généralement défaut.

Il y a lieu aussi d'incriminer le régime alimentaire, qui exerce sur cette affection locale une influence manifeste. L'abus des mets sucrés, des boissons trop chaudes ou trop froides, surtout des boissons glacées, est à ce point de vue des plus nuisibles. Il est prouvé, en effet, que les gens des pays chauds, qui en font un usage constant, ont de très mauvaises dents.

Je ne vous parlerai pas de certaines substances chimiques dont les manipulations sont dangereuses, non plus que du phosphore et du mercure, car ces manipulations n'ont jamais lieu dans les écoles, qui font l'objet de ce rapport.

Par tout ce que vous venez d'entendre, nous sommes forcés de reconnaître l'importance que peut avoir l'hygiène préventive dans les soins de la bouche, aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte, mais malheureusement ce dernier n'en apprécie pas la valeur, car il ignore même l'usage de la brosse à dents. Comment voulez-vous que les parents, en pareil cas, puissent inculquer des principes d'hygiène à leurs enfants, s'ils n'en connaissent pas le premier mot ?

C'est donc aux maîtres d'école qu'incombe cette charge envers leurs élèves, et aux dentistes instruits, qui pourraient faire des conférences répétées dans ces établissements et arriveraient ainsi à habituer les enfants à soigner leurs dents.

Cette question a été soulevée pendant les séances du Congrès dentaire international de 1900 et, si je ne me trompe, a déjà porté des fruits, car quelques confrères de province, du Mans et de Perpignan, je crois, ont mis ce système en pratique et nous n'avons plus, nous, les dentistes de Paris, qu'à les imiter.

Mais, de toute façon, je suis convaincu qu'il ne suffira pas, pour arriver à un résultat sérieux, de faire des conférences et de passer des inspections fréquentes dans ces écoles. Il est indispensable aussi de traiter les dents cariées et toutes les affections de la bouche comme nous le faisons dans nos cabinets, car ce n'est qu'à cette condition que les enfants tireront de nos soins de réels avantages.

Mais c'est ici que surgit une question capitale. Combien y a-t-il parmi nous de dentistes à Paris qui puissent donner des soins complets dans les établissements scolaires et d'assistance publique sans être rémunérés ? Je ne crois pas qu'ils soient nombreux.

Et, savez-vous, Messieurs, ce qu'il y a d'enfants des deux sexes, de 6 à 13 ans, dans les écoles communales de Paris auxquels il faudra donner des soins ? Le nombre en est considérable. J'ai cherché à m'en rendre compte, mais, ne pouvant disposer du temps nécessaire pour réunir tous ces renseignements, je me suis contenté du

chiffre de deux arrondissements : le premier et le vingtième, afin de pouvoir établir une moyenne.

Il y a dans le 1er arrondissement 4 écoles de garçons et 5 de filles, en plus, 2 écoles maternelles d'enfants de 2 à 6 ans. Le nombre approximatif des élèves de ces 11 écoles est de 2.500.

Mais c'est bien différent dans le 20e arrondissement, où il y a 15 écoles pour les deux sexes, dont 7.400 garçons et 6.700 filles de 6 à 13 ans et, en plus, 1.500 enfants de 2 à 6 ans.

En admettant qu'il n'y ait que six arrondissements sur vingt qui donnent le chiffre d'enfants du 20e arrondissement, cela nous fait déjà 93.600 enfants. Ajoutons à ce chiffre 2.500 enfants pour chacun des autres 14 arrondissements, nous arrivons à 128.600 élèves.

En admettant qu'il n'y en ait que le tiers environ ayant de mauvaises dents, nous aurons à en soigner 42.866, disséminés dans 244 établissements différents. Et remarquez, Messieurs, que ces chiffres sont plutôt au-dessous de la réalité. Voyez donc quelles charges et que de temps perdu cela nous occasionnerait !

Vous remarquerez aussi que je ne fais pas mention des établissements privés dans lesquels le nombre des enfants est encore considérable.

Le relevé que vous venez de voir mérite d'être étudié plus à fond, car il s'agirait d'arriver à nous rendre un compte exact du nombre de dentistes titulaires qu'aurait à nommer la municipalité de Paris pour qu'il fût fait un service régulier dans toutes ces écoles. Et, en supposant que le Conseil municipal nous octroie des honoraires, quoique modestes, à quel chiffre s'élèveraient-ils ?

Il y a fort à craindre, Messieurs, que nous ne puissions jamais nous entendre avec la municipalité.

Cette inspection, que nous jugeons si nécessaire et que le plus grand nombre réclame, avait été décrétée il y a longtemps. En effet, dès 1836 ce service avait été institué et le comité local de chaque arrondissement avait été chargé de choisir un ou plusieurs dentistes qui devaient visiter au moins trimestriellement les écoles communales. Je doute que cet arrêté ait été mis à exécution. Mais ce que je sais mieux, c'est que la loi de 1850 et celle de 1886 sont absolument muettes à ce sujet ; elles ne contiennent, ni l'une, ni l'autre, de dispositions relatives à l'inspection dentaire. Question budgétaire sans doute.

Autrement, il ne me paraît pas illogique de reprendre les bonnes intentions des autorités de 1836. On pourra m'objecter que ce serait faire double emploi, puisque depuis 1878 et surtout depuis 1887 l'inspection médicale est établie à Paris et dans les grandes villes de France. Ce n'est pas mon avis.

Il n'y aurait aucune confusion d'attributions. Les inspecteurs universitaires ont un rôle nettement défini quant aux méthodes de l'en-

seignement proprement dit, et le médecin inspecteur est chargé plus spécialement de la santé et de l'hygiène générale des élèves, ainsi que des locaux scolaires. Le délégué cantonal a la charge morale de l'éducation proprement dite. Il reste la cavité buccale et plus spécialement les dents, qui seraient réservées au dentiste.

Ce n'est pas trop demander et nous ne devons pas faire moins que les autres pays où ces services fonctionnent à la satisfaction de tous.

*En conséquence je conclus qu'il est absolument nécessaire que des chirurgiens-dentistes soient nommés dans les écoles et dispensaires pour l'inspection et les soins à donner aux dents des enfants de ces écoles et qu'ils soient rémunérés pour cette fonction.*

Telles sont, Messieurs et chers collègues, les conclusions par lesquelles je termine ce travail très incomplet. J'ose espérer que vous serez de mon avis quant aux appréciations que je viens de formuler et je vous remercie de l'attention que vous avez bien voulu me prêter.

---

### Liste des démonstrations pratiques faites a la séance du 25 mai 1902

à l'Ecole dentaire de Paris
et dont le compte rendu détaillé paraîtra dans notre prochain numéro.

M. Siffre, L'acide sulfurique pur pour le traitement des canaux.

M. Sauvez, De l'emploi des capsules surrénales en art dentaire.

M. Blatter, Démonstrations de l'emploi de l'extrait des capsules surrénales pour le traitement des hémorragies, pulpites et périostites.

Présentation d'observations datant d'un an.

M. Rozenbaum, Moyen d'éviter l'hémorragie dans les extractions de dents par l'adrénaline.

M. Amoedo, 1° Présentation d'une malade porteur d'implantations faites au Congrès de 1900.

2° Articulation des dentiers artificiels selon les lois anatomiques et physiologiques qui régissent l'articulation temporo-maxillaire et l'articulation des arcades dentaires chez l'homme.

3° Nouvelle forme anatomique à donner à la face triturante des couronnes en or.

4° Aurifications faites avec le Rowan's Decimal Gold Foil au moyen du Power's Engine Mallet.

M. Roy, Présentation de malades.

1° Kyste uniloculaire du maxillaire.

2° Fibrome diffus des mâchoires chez une enfant de quatre ans.

M. Godon, Présentation du programme du cours préparatoire de dentisterie opératoire à l'Ecole dentaire de Paris.

M. Rolland, Démonstration d'anesthésie par le somnoforme.

MM. Hivert et Page, Extractions avec anesthésie au somnoforme.

M. Touvet-Fanton, Anesthésie mixte au coryl.

MM. Ducournau et Darin, Anesthésie mixte par le chloroforme et le protoxyde d'azote.

M. Martinier, 1° Présentation d'un appareil de restauration du maxillaire supérieur.

2° Démonstration d'empreintes au plâtre.

M. Touvet-Fanton, Prise d'empreintes composées à la gutta et au godiva avec réfrigération au coryl.

M. Delair, 1° Présentation d'un appareil pour fractures du maxillaire inférieur.

2° Martelage d'une mentonnière en aluminium.

3° Exécution d'un appareil facial.

4° Appareil vélo-palatin.

*a*) Prise de l'empreinte.

*b*) Exécution de l'appareil.

*c*) Pose de l'appareil.



# REVUE DE L'ÉTRANGER

## CONGRÈS ANNUEL DE L'ASSOCIATION DENTAIRE BRITANNIQUE

Compte rendu par M. Field Robinson,

Correspondant spécial de *L'Odontologie*.

A mon grand regret, j'ai tardé à vous écrire et à remercier *L'Odontologie* de l'honneur qu'elle m'a fait en me désignant pour la représenter à la réunion du Congrès annuel de la British Dental Association, qui s'est tenu cette année à Shrewsbury, comté de Salop. Mais, en voyage, et surtout dans ces réunions où l'on rencontre des hommes qui furent vos camarades d'études et dont les cheveux blanchissent, comme hélas ! le font les nôtres, on ne peut s'empêcher de faire durer la joie de se revoir, de revivre encore quelques heures du passé, et il faudrait une âme romaine, environnée de la triple armure du poëte, pour avoir le courage de s'isoler afin de travailler. Voilà pourquoi c'est seulement à mon retour à Bordeaux que je puis penser à vous et tâcher d'accomplir de mon mieux la mission dont vous m'avez honoré.

*La matinée du jeudi 22 mai a été réservée* jusqu'à midi à des réunions de différents bureaux. A midi réunion plénière, ouverture de la séance par le président Harding, puis réception par la municipalité. Dans un discours plein d'humour et d'esprit, le maire de Shrewsbury souhaite la bienvenue aux congressistes, puis les membres du Congrès se dispersent dans les différents hôtels pour déjeuner. La séance est reprise à 2 heures 1/2. M. Harding, président, dans un petit speech très réussi, fait valoir le profit que les praticiens peuvent trouver dans ces réunions en présentant leurs travaux et observations et aussi par l'échange des opinions et des idées avec des hommes éclairés exerçant la même profession si loin les uns des autres. Il adresse tout particulièrement des compliments au Dr G. Rolland, de Bordeaux, le seul Français présent. Le Dr Rolland ayant répondu très gracieusement, le président me donne la parole et je lis une communication intitulée *Présentation d'un nouvel anesthésique*, par le Dr G. Rolland et Field Robinson, de Bordeaux. Cet anesthésique, vous le connaissez, c'est le somnoforme, puisque c'est à la section d'odontologie de l'A. F. A. S. que cet agent thérapeutique a été présenté pour la première fois en septembre 1901, au Congrès d'Ajaccio.

Cette communication et les explications qui ont été données ont été très applaudies, mais ceci étant très personnel, je ne puis vous en dire davantage.

Le Dr Hatel, de Bristol, a présenté ensuite un nouvel appareil extrêmement ingénieux pour l'administration d'un mélange de protoxyde d'azote et de l'oxygène. Cet appareil peut servir également pour l'administration du chloroforme et de l'éther.

Le Dr Walter Coffin a lu un travail très amusant et satirique intitulé « Comment doit-on rédiger notre journal ? » Deux autres communications très importantes ont été faites par MM. Constant et Dreschfeld.

Après cette séance, Mme Harding, entourée de ses charmantes filles, a reçu les congressistes dans sa délicieuse villa à un five o'clock avec une amabilité et une grâce parfaites. Le soir, bal dans une des belles salles de la mairie décorée avec un goût exquis. Le lendemain vendredi, nombreuses et intéressantes communications :

*Septicémie buccale et maladie générale*, par M. Colyer ;

*L'association comme elle est et comme elle devrait être*, par M. Booth-Pearsall ;

*Traitement des suppurations chroniques du sinus maxillaire*, par le Dr Eugène Yonge.

Puis réunion de la section de microscopie dans laquelle des travaux remarquables ont été lus et des coupes splendides présentées par les Drs Law Webb, W. W. Baker, W. Dolamore et Hopewell-Smith. Inutile de vous dire combien nous avons pensé à notre jeune savant Choquet pendant la lecture de ces travaux et l'examen de ces coupes, car parmi les microscopistes anglais le nom de Choquet est honoré et estimé, et cela à juste titre.

L'après-midi de vendredi fut consacré aux démonstrations pratiques. Parmi les plus remarquables il faut citer particulièrement celle de M. Rippon qui a démontré la possibilité de produire dans les blocs de porcelaine pour incrustation des porosités servant à retenir la porcelaine en place et à éviter ainsi la nécessité de pratiquer des rainures ; l'application des parois en acier pour faciliter l'aurification, par M. Bonnalie ; diverses démonstrations de couronnes en porcelaine, incrustations de porcelaine, etc., etc.

Le soir, magnifique banquet auquel assistaient toutes les notabilités de la ville, à la mairie. Des compliments les plus gracieux ont été adressés à la France et aux dentistes français par M. Le Main. M. le Dr Rolland a répondu dans des termes reconnaissants et sympathiques en buvant à la British Dental Association et, en votre nom, à M. le maire. J'ai porté un toast aux Fédérations dentaires nationales, à la Fédération dentaire internationale ; c'est-à-dire que les noms français des grands protagonistes de cette grande idée ont résonné et je dois ajouter qu'ils ont été couverts d'applaudissements.

Le samedi matin était réservé entièrement à nos démonstrations d'anesthésie. Notre succès a été complet : onze malades ont été endormis sans que le critique le plus sévère ou le plus impartial ait pu trouver un défaut dans les effets produits par ce merveilleux somnoforme. Souffrez que je n'insiste pas, car je suis obligé de parler de moi-même, mais les encouragements que, de votre côté, vous n'avez cessé de donner à la révolution anesthésique qui s'opère en ce moment sont bien la preuve que vous avez été des premiers à comprendre son importance ; mais j'ai tenu à honneur que le plus important congrès de chirurgiens-dentistes de ma patrie ait à sanctionner officiellement les efforts de mon ami le Dr Rolland et l'approbation que vous lui avez déjà accordée. Comme pour couronner ces fêtes, le soleil, qui les premiers jours s'était éclipsé, s'est enfin mis de la partie, il a brillé généreusement sur la verte Angleterre, favorisant ainsi une superbe excursion à Chunch Stretton et notre départ de Shrewsbury, ville pittoresque du XIIe siècle et patrie de Darwin.



## INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

### EXPOSITION DE MUNICH

**(2-6 août 1902.)**

L'Exposition aura lieu dans la salle des fêtes de l'Académie des sciences, mise à la disposition du Comité par le Ministre des Cultes et le Président de cette Académie.

L'Exposition est ouverte aux collections complètes, aux objets isolés ayant un caractère scientifique, ainsi qu'aux procédés des diverses branches de la dentisterie pratique et aux objets historiques. Par contre, tous les objets connus généralement, surtout s'ils sont dans le commerce, en sont exclus.

Les frais de transport sont à la charge de la Société centrale des chirurgiens-dentistes allemands, organisatrice de l'Exposition, ainsi que les assurances contre l'incendie, qui seront contractées pour *tous* les objets exposés.

Les demandes d'admission seront reçues par le Comité jusqu'au 1er juillet.

S'adresser pour tous renseignements au professeur Walkhoff, 41/1 Gœthestrasse, Munich.

---

### CONGRÈS DE MADRID.

La XIIe section du Congrès de Madrid, qui doit avoir lieu du 23 au 30 avril 1903, est, comme on sait, consacrée à l'odontologie et à la stomatologie. Le président de cette section est le Dr San Martin; notre distingué confrère, M. Florestan Aguilar, en est le secrétaire; MM. Subirana et Losada, que nous avons eu le plaisir de voir au Congrès de 1900, en sont les secrétaires adjoints.

Le programme de la section est le suivant :

I. Traitement et obturation des dents avec pulpe malade.

*Rapporteurs :* MM. Miller (Berlin), Galippe (Paris), Harlan (Chicago), Losada (Madrid).

II. Microscopie dentaire.

*Rapporteurs :* MM. Léon Williams (Londres), Choquet (Paris).

III. Prothèse bucco-faciale et squelettique.

*Rapporteurs :* MM. Claude Martin (Lyon), Guerini (Naples), Delair (Nevers), Boniquet (Barcelone).

IV. Connaissances que doivent posséder ceux qui exercent l'odontologie et enseignement à leur donner.

*Rapporteurs :* MM. Godon (Paris), Kirk (Philadelphie), Aguilar (Madrid).

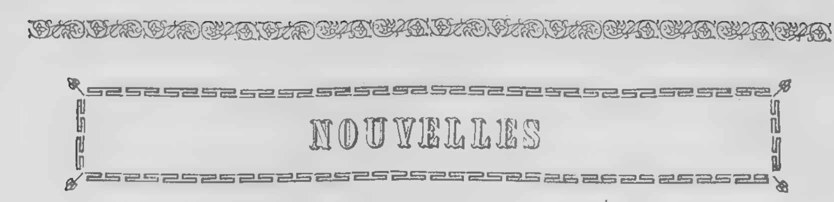
V. Nature et traitement de la pyorrhée alvéolaire.

*Rapporteurs :* MM. Talbot (Chicago), Hopewell Smith (Londres), Younger (Chicago), Damians (Barcelone).

VI. Anesthésie locale en odontologie.

*Rapporteurs :* MM. Amoëdo (Paris), Bouchard (Philadelphie), Pietkiewicz (Paris).

Ajoutons que les Compagnies de chemins de fer espagnoles ont consenti une réduction de 50 o/o sur le prix des billets pour les congressistes.




### Syndicat dentaire du Centre.

Notre distingué confrère M. Delair a pris l'initiative de la formation d'une nouvelle Société dentaire qui s'est constituée sous le nom de *Syndicat dentaire du Centre* et a son siège à Nevers. M. Delair a été élu président, M. L. Lalement fils, secrétaire-trésorier ; MM. Bouvet (d'Angers), Brodhurst (de Montluçon) et Lalement père (de Nevers) ont été nommés membres du Comité.

Nous souhaitons prospérité et longue vie au nouveau groupement, dont nous saluons avec joie la constitution.

---

### Nominations diverses.

Notre confrère M. Choquet a reçu du 2e Congrès odontologique italien, réuni en ce moment à Rome, le titre de membre honoraire du Congrès en remercîment de la communication qu'il y a présentée.

Il a été nommé également membre honoraire du Cercle odontologique de Catalogne, ainsi que notre confrère M. Ducournau.

---

### Dentistes des hôpitaux.

Le concours pour trois postes de dentistes des hôpitaux vient de se terminer par les nominations suivantes : MM. Capdepont, Nogué, Robin.

---

### Tragique événement.

On lisait dans les journaux quotidiens du lundi 26 mai le télégramme suivant :

Assassinat en wagon.

Lille, 25 mai (*par service spécial*) — Le rapide qui part de la gare du Nord à Paris pour arriver à Lille à 11 h. 7 roulait entre les gares de Corbie et d'Albert, quand un individu paraissant ne pas jouir de toutes ses facultés mentales tira sur un autre voyageur de 2e classe trois coups de revolver qui le tuèrent net.

Attirés par le bruit des détonations, plusieurs voyageurs accoururent,

désarmèrent le meurtrier, le ligottèrent, puis firent arrêter le train à Albert, où l'assassin et sa victime furent descendus. L'identité de l'un et de l'autre n'a pas encore été établie.

Détail navrant : le voyageur tué se trouvait en compagnie de sa femme.

Nous pouvons ajouter quelques détails complémentaires à cette dépêche laconique.

Le dimanche 25 mai, à l'issue de la réunion de la Fédération dentaire nationale, M. Martinier, accompagné de sa famille, reconduisait à la gare du Nord son beau-frère, M. Cohen, délégué du Syndicat des dentistes du Nord et du Pas-de-Calais à la Fédération. En attendant le départ du train pour Valenciennes sur le quai, M. Martinier fut frappé de la persistance et de la fixité avec lesquelles un voyageur, de mise correcte, regardait, avec des yeux hagards, M. Cohen, qu'il dévisageait.

Le train partit ; l'inconnu prit place dans le compartiment du wagon à couloir où se trouvaient déjà M. Cohen, un autre voyageur et sa femme. L'inconnu engagea la conversation avec M. Cohen et lui tint des propos incohérents. Celui-ci, comprenant qu'il avait affaire à un fou, essaya de le calmer, mais n'y parvenant pas, prit le parti de changer de compartiment.

Resté avec les deux autres personnes, l'inconnu leur parla, mais celles-ci, effrayées par son attitude et son langage, crurent prudent de le laisser seul. La femme sortit la première, mais à peine avait-elle fait quelques pas dans le couloir que trois détonations retentissaient successivement. Le fou venait, sans provocation, de tuer son mari, qu'il ne connaissait point.

Le télégramme dit le reste.

Nous félicitons vivement M. Cohen d'avoir ainsi échappé au grave danger qu'il a couru et qui a fait sur lui, ainsi que sur ses amis, une profonde impression.

La Rédaction.

---

## Société des dentistes du sud-ouest.

La composition du bureau de cette Société n'a pas été exactement indiquée dans notre n° du 30 avril. Nous nous empressons de réparer l'erreur commise.

Ont été nommés le 7 janvier 1902 :

| | |
|---|---|
| Président d'honneur, | MM. le Dr Guénard. |
| Président, | Mirebeau. |
| Vice-Président, | Gautier. |
| Secrétaire général, | Rousset. |

| | |
|---|---|
| Trésorier, | Brugeille. |
| Secrétaire-adjoint, | Cayrol. |
| Membres du Conseil de famille, | Fontaine et Pascarel. |

---

### Société odontologique suisse.

La Société odontologique suisse tiendra sa 17e assemblée générale, sous la présidence de M. Théo. Frick, les 7, 8 et 9 juin 1902 à St-Gall.

Le programme comprend une séance administrative et une série de communications orales et de démonstrations pratiques.

---

### Université de Bale.

Une chaire d'Odontologie va être créée à la Faculté de médecine de l'Université de Bâle; le titulaire est M. le Dr Gustave Preiswerk, chirurgien-dentiste.

---

### Institut brésilien d'odontologie.

Dans l'assemblée générale du 23 janvier dernier l'Institut brésilien d'Odontologie a augmenté et renouvelé son bureau et réélu comme président à l'unanimité notre excellent confrère M. Rodolphe Chapot-Prévost.

L'Institut publiera prochainement sous le nom d'*Archives brésiliennes d'Odontologie* une revue, dont le rédacteur en chef est M. Antonio Gonçalves Pereira da Silva.

On sait que l'Institut a créé une école libre d'Odontologie, qui a déjà fonctionné l'an passé et dont les cours se sont réouverts le 15 avril pour la présente année scolaire. Cette école est dirigée par M. Aristides Benicio de Sa, professeur d'Odontologie à la Faculté de médecine de Rio-de-Janeiro.

---

### Fédération dentaire autrichienne.

L'assemblée générale des chirurgiens-dentistes autrichiens tenue à Vienne le 8 mai 1901 avait décidé la création d'une Fédération dentaire autrichienne, destinée à grouper toutes les associations professionnelles. Un comité exécutif de dix-sept membres, dans lequel nous relevons les noms de nos distingués confrères les Drs Pichler, Smreker, Zsigmondy, Frank et Weiser, avait été chargé des travaux préparatoires et du projet de règlement. Il vient d'adresser un appel aux sociétés autrichiennes et aux membres de la profession en les invitant à une réunion destinée à constituer la Fédération qui prendrait le titre

de Fédération centrale des stomatologistes autrichiens. Cette réunion s'est tenue le 3 mai.

---

### Société des professeurs de dentisterie.

La Société des professeurs de dentisterie des Universités allemandes, qui a pour président le Dr Miller (de Berlin), vient d'adresser à nouveau au Conseil fédéral une pétition tendant : 1° à ce que les candidats au diplôme de chirurgien-dentiste ne soient admis à subir les examens que s'ils sont pourvus du certificat de maturité d'un lycée allemand d'enseignement classique ou moderne ; 2° à ce que la faculté de remplacer deux semestres d'études à l'Université par un an de stage chez un dentiste soit supprimée et à ce que la totalité des études des étudiants en chirurgie dentaire se fasse à l'Université.

---

### Session d'examens a Toulouse.

Une session d'examens pour le certificat d'études exigé des aspirants au diplôme de chirurgien-dentiste s'ouvrira à Toulouse le 16 juillet 1902.

Les inscriptions seront reçues au secrétariat de l'Académie, 20, rue Saint-Jacques, jusqu'au 8 juillet inclusivement.

22e ANNÉE. N° 11 15 JUIN 1902 VOL. XXVII




**L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.**

---

# F. D. N.

## FÉDÉRATION DENTAIRE NATIONALE

*Séance de démonstrations pratiques du 25 mai 1902 à l'École dentaire de Paris, offerte par la*

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS ET LA SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE FRANCE

### Petite salle de démonstrations (Grande salle de Dentisterie).

L'ACIDE SULFURIQUE PUR POUR LE TRAITEMENT DES CANAUX, PAR M. SIFFRE.

M. Siffre traite depuis 1897 toutes les dents atteintes de gangrène pulpaire et d'infection radiculaire par l'acide sulfurique pur. Une séance suffit ; il obture définitivement le canal avec un mélange de chloro-gutta iodoformé appelé traumaticine.

Mode opératoire.

Nettoyage mécanique de la cavité, mise à nu des canaux, puis nettoyage des canaux avec des mèches imprégnées d'acide sulfurique pur. M. Siffre conseille l'emploi d'alésoirs d'horloger en acier ou en maillechort très fins, résistant mieux à l'acide sulfurique.

De temps à autre il recommande d'imprégner le canal d'alcool à 90° pour modifier l'action trop caustique de l'acide sulfurique. Il faut poursuivre le nettoyage du canal jusqu'à disparition complète de toute odeur ; alors on procède à l'obturation définitive du canal ou des canaux avec de la traumaticine. Une séance suffit; il n'y a pas lieu de se tourmenter si la fluxion ou l'arthrite paraissent ; après ce traitement tout rentrera dans l'ordre normal.

Ces deux complications sont la réaction de l'organisme contre les agents microbiens.

M. Siffre procède au traitement d'une incisive centrale supérieure atteinte d'une carie du 4e degré, qu'il obture séance tenante.

### Présentation de quatre malades.

Le résultat est très heureux pour deux cas sans complication. Les deux autres ont, l'un, de l'arthrite aiguë, l'autre, de la fluxion.

Ces malades avaient été traités le mercredi précédent.

### Démonstrations de l'emploi de l'extrait des capsules surrénales pour le traitement des hémorragies, pulpites et périostites. Présentation d'observations datant d'un an, par M. Blatter.

M. Blatter commence à 9 h. 1/2 sa démonstration de l'emploi de l'extrait de capsules surrénales pour le traitement :

1° Des hémorragies dentaires ;

2° Des pulpites aiguës ;

3° De l'arthrite alvéolo-dentaire.

Il fait remarquer que ses essais remontent à un an environ (juin 1901). Il présente plusieurs observations et demande à ses auditeurs de bien vouloir l'aider dans ses études et ses expériences.

Cette démonstration sera pour lui une prise de date en ce qui concerne le traitement de la pulpite et de l'arthrite alvéolo-dentaire.

Il compte reprendre cette question.

Les capsules surrénales ont une action physiologique vaso-constrictrice intense. Parti de cette connaissance physiologique, M. Blatter l'expérimenta d'abord dans le cas d'hémorragie dentaire (juin 1901).

Une fillette de huit ans ayant fait une chute sur les dents antérieures eut une hémorragie rebelle aux différents agents hémostatiques, physiques et chimiques. Il appliqua la poudre de capsules surrénales de mouton, l'hémorragie cessa.

Ce résultat l'encouragea et, après chaque extraction, il adopta le même principe et obtint l'hémostase complète.

Le 28 octobre 1901 (fiche 324, 490) étant de service, M. Blatter fut appelé par un élève pour un cas embarrassant.

La malade qu'il soignait souffrait de pulpite aiguë de la première grosse molaire inférieure gauche ; dans la cavité de la carie étaient des bourgeons charnus saignant abondamment.

L'emploi de capsules surrénales en poudre firent cesser, à son grand étonnement, d'abord la crise de rage de dents, puis l'hémorragie.

Ce succès inattendu l'engagea à de nouveaux essais.

Plusieurs élèves obtinrent presque toujours les mêmes effets.

Dans l'arthrite alvéolo-dentaire aiguë M. Blatter n'a fait qu'une seule expérience et avec succès.

Il injecta une solution glycérinée d'extrait de capsules surrénales dans la fibro-muqueuse entourant l'incisive latérale supérieure gauche atteinte d'arthrite aiguë, la douleur à la percussion disparut. L'injection fut douloureuse. Avec une solution combinée à la cocaïne, les résultats doivent être parfaits.

### DÉMONSTRATION PRATIQUE.

Jeune garçon, 14 ans, atteint de pulpite aiguë. Après application de deux pansements de poudre de capsules surrénales, les douleurs ont disparu pour ne plus reparaître de la matinée.

### MOYEN D'ÉVITER L'HÉMORRAGIE DANS LES EXTRACTIONS DENTAIRES PAR L'ADRÉNALINE, PAR M. ROZENBAUM.

Aprés quelques données sur l'alcaloïde des capsules surrénales, M. Rozenbaum expose la technique opératoire.

Avant l'extraction on badigeonne la gencive entourant la dent à l'aide d'un pinceau chargé d'adrénaline; quand la fibro-muqueuse blanchit, on procéde à l'extraction. Sitôt l'avulsion de la dent opérée on tamponne l'alvéole avec le pinceau imprégné d'adrénaline. L'hémorragie cesse.

### EXPÉRIENCE.

Une grosse molaire supérieure a été extraite; l'hémorragie consécutive a cessé aussitôt après l'application de l'adrénaline.

### KYSTE UNILOCULAIRE DU MAXILLAIRE SUPÉRIEUR DROIT CHEZ UNE JEUNE FILLE DE 20 ANS. PRÉSENTATION DE LA MALADE, PAR M. ROY.

M. Roy fait rapidement l'historique de la maladie, il insiste sur l'énorme étendue du kyste qui s'étend obliquement de l'emplacement de la canine à cinq centimètres de profondeur dans la direction de l'os malaire et du bord inférieur de l'orbite.

Il fait l'exposé trés détaillé des deux interventions qu'il a faites.

Première intervention, incision du kyste et curettage.

Trois semaines après, deuxième intervention, extirpation complémentaire d'une partie profonde du kyste et de son pédicule implanté sur la paroi interne de la cavité.

### FIBROME DIFFUS DES MACHOIRES CHEZ UN ENFANT DE QUATRE ANS, PAR M. ROY.

M. Roy attire l'attention de l'auditoire sur la rareté du cas. Cette tumeur diffuse des mâchoires inférieure et supérieure offre un intérêt clinique remarquable.

L'enfant, une fillette de quatre ans, n'a à la mâchoire supérieure que deux incisives centrales supérieures qui ont évolué et une canine du côté gauche en voie d'évolution; aucune autre dent n'est sortie. Les deux apophyses alvéolaires sont considérablement augmentées de volume, la fibro-muqueuse qui les recouvre est d'une coloration normale.

A la mâchoire inférieure, toutes les dents de lait ont fait leur éruption. Les quatre incisives ont évolué complètement; par contre les canines et molaires émergent à peine.

Ces dernières sont comme enchâssées dans de gros bourrelets de fibro-muqueuse durs, mais de coloration normale.

L'enfant ne peut fermer la bouche, la béance des arcades est d'un centimètre à la partie antérieure.

Le diagnostic et le pronostic de cette singulière production sont difficiles ; M. Roy pensa à du fibro-sarcome ; le professeur Berger, qui examina l'enfant sur le désir de M. Roy, diagnostiqua du fibro-myxome. L'examen histologique n'a permis de constater que du fibrome pur.

### Kystes alvéolo-dentaires a développement anormal chez deux malades, par M. Roy.

Enfin M. Roy présente deux malades offrant les mêmes caractères cliniques. Toutes deux furent opérées de kystes alvéolo-dentaires étendus, creusés aux dépens de la table externe et sur la face externe du maxillaire supérieur.

Chez une de ces malades la cavité s'étend, d'une part, dans la fosse canine jusqu'au bord inférieur de l'orbite (ce qui explique des troubles oculaires ressentis antérieurement par la malade) et, d'autre part, en contournant l'os malaire, dans la fosse ptérygo-maxillaire. Ce développement considérable a pu se faire sans que le sinus maxillaire se trouve intéressé.

Dans ces deux cas M. Roy a fait le curettage de la cavité kystique suivi d'un tamponnement à la gaze iodoformée.

### Présentation de malade, par M. Blatter.

M. Blatter présente une malade ayant été atteinte d'hématome spontané d'origine traumatique de la joue droite.

Cette tumeur sanguine apparut spontanément au cours du traitement d'une carie du 4e degré.

B.

## Fauteuil B (Grande salle de dentisterie).

### Présentation d'une malade porteuse d'implantations faites au Congrès de 1900, par M. Amoedo.

L'auteur présente trois cas d'implantations très remarquables.

La première dent implantée est une incisive latérale supérieure droite. La racine, après avoir supporté une dent à pivot de 1895 à 1898, s'est cariée très profondément et a dû être extraite par fragments à la fraise. L'implantation remonte à 40 mois et n'a rien perdu de sa perfection.

La deuxième et la troisième dents implantées sont des petites molaires supérieures droite et gauche. L'opération remonte au Congrès de 1900. Le résultat est parfait.

L'auteur procède ensuite très rapidement à une nouvelle implantation par son procédé habituel.

### Articulation des dentiers artificiels selon les lois anatomiques et physiologiques qui régissent l'articulation temporo-maxillaire et celle des arcades dentaires chez l'homme, par M. Amoedo.

L'auteur présente une collection très complète de dentiers montés sur des articulateurs anatomiques.

Il passe en revue successivement les articulateurs de Bonwill, d'E. Walker, de Gritman, de Schwarze, de Calbe, de Christensen etc., et expose les lois anatomiques et physiologiques découvertes par Bonwill, qui montrent d'une façon très convaincante qu'elles sont indispensables à connaître, pour pouvoir bien remplacer les dents perdues, par des dents artificielles.

*Nota* : On trouvera des détails dans le compte-rendu du Congrès de 1900.

### Nouvelle forme anatomique a donner a la face triturante des couronnes en or, par M. Amoedo.

Pose de deux couronnes en or sur la deuxième et la troisième grosses molaires inférieures gauches chez une femme de 35 ans environ.

Les racines sont naturellement prêtes à être coiffées. Les canaux ont été soignés au moyen de mèches iodoformées, par deux fois, puis obturés par des cylindres de gutta-percha.

Les couronnes, faites en deux parties soudées, sont en or au quatre de la filière d'Ash, au titre de vingt-deux carats, et scellées avec le ciment spécial pour couronnes d'Ash, mélangé d'iodoforme, ce qui lui donne plus de durée. La prise en est accélérée au moyen de l'air chaud. La racine a été au préalable imprégnée de nitrate d'argent (Solution à 10 o/o au moins) en vue de durcir la dentine sous la couronne d'or.

Le but de la démonstration est de faire connaître la nouvelle forme à donner à la surface triturante. Au lieu de s'appliquer à reproduire des cuspides accentués, l'auteur se borne à tracer un sillon médian antéro-postérieur, en forme de gouttière. Le bord lingual de la couronne est très tranchant, le bord jugual est arrondi. L'absence de cuspides aurait pour effet d'éviter la périostite résultant parfois de leur frottement avec les cuspides des dents antagonistes dans les mouvements de latéralité.

Nota. — Dans les réparations d'appareils en or, lorsqu'on veut refaire une soudure sans avoir à repolir la pièce entière, il suffit de la recouvrir d'acide borique pour la protéger contre l'action du feu et empêcher la soudure de s'étendre.

A noter aussi l'emploi d'un petit appareil destiné à écarter à la fois la joue et la langue dans l'opération du moulage. L'appareil se compose de deux miroirs reliés l'un à l'autre, comme les deux verres d'un binocle, par la tige métallique de l'un d'eux disjointe du manche.

### Aurification a l'or en feuilles Rowans decimal faite avec le maillet de Power, par M. Amoedo.

L'auteur, faute d'instruments, se borne à présenter une aurification faite à l'or de Velvet avec le maillet automatique sur une incisive centrale supérieure droite, en 1890.

C'est une reconstitution du bord représentant environ le tiers de la hauteur de la couronne. La pulpe n'a pas été dévitalisée.

Cette aurification a dû supporter une grande fatigue, les grosses molaires faisant défaut en bas d'un côté, en haut de l'autre, ce qui fait qu'elles manquent toutes d'antagonistes.

L'aurification est en parfait état.

### Pose d'un bloc d'émail d'Ash, fusible a haute température, par M. Amoedo.

Ce bloc a été fixé dans une cavité du collet de la canine droite.

L'empreinte a été prise à la feuille de platine. L'émail a été fondu dans le four électrique à 6 ampères. La teinte a été obtenue en faisant presque la totalité du bloc avec la nuance B4 (jaune très foncé) et la fin avec une couche de la nuance B3 clair.

### Programme du cours préparatoire de dentisterie opératoire a l'École dentaire de Paris, par M. Godon.

M. Godon donne des explications sur le programme que nous reproduirons dans un prochain numéro du cours préparatoire de dentisterie opératoire qu'il a organisé pour les élèves de 1re année à l'Ecole dentaire de Paris. Depuis quelques années, il en fait voir les excellents résultats en présentant des fiches des dessins et des travaux pratiques exécutés par des élèves sur des dents en caoutchouc vulcanisé et sur des dents naturelles montées sur l'appareil Fantôme.

M. Godon présente notamment toute la série des travaux exécutés par un élève de première année, durant ses cinq premiers mois de cours préparatoires.

D'abord des dessins représentant la forme des trois dents types, c'est-à-dire : insicives, canines et grosses molaires supérieures et inférieures, puis l'articulation normale des dents entre elles et le rapport de leurs racines avec les alvéoles ; puis une série de 28 dents en caoutchouc blanc vulcanisé faites avec leurs racines constituant un dentier complet, articulé sur modèles en plâtre après avoir été modelées en cire d'abord ; des cavités reproduisant les diverses caries du 1er et du 2e degré que l'on rencontre le plus souvent sur les dents d'après la classification adoptée par M. Godon dans son manuel de dentisterie opératoire. L'élève a dû reproduire deux fois la même cavité sur chaque maxillaire, l'une des cavités étant seulement préparée en vue de l'obturation et l'autre obturée avec les matières appropriées au cas (gutta, ciment, amalgame).

La seconde partie du cours comprend des travaux sur dents naturelles montées sur l'appareil dit fantôme pour la préparation de cavités du 3e et du 4e degré après exécution de dessins portant sur l'anatomie interne des dents. Il présente une série de 28 dents naturelles ainsi préparées, la moitié des dents ouvertes avec préparation des cavités pulpaires, pansements des canaux, etc., l'autre moitié des dents obturées comme dans les travaux précédents.

Il démontre ensuite les divers exercices pratiques auxquels les élèves sont soumis avant d'être admis à la clinique pour apprendre le nettoyage des dents, l'ablation du tartre et les diverses manœuvres pour l'extraction des dents, qu'il fait suivre de commentaires sur cet enseignement, commentaires que l'on trouvera plus loin.

H. V.

## Salle de Clinique d'anesthésie (1er étage).

### Extractions avec anesthésie au somnoforme, par MM. Page et Hivert.

M. le Dr Page parle du somnoforme et formule à son égard un jugement analogue à celui que *L'Odontologie* a publié sous la signature du Dr Rolland. Sa toxicité est beaucoup moins grande que celle du chloroforme ; il n'a aucun accident à signaler. Le Dr Page fait l'anesthésie, M. Hivert opère. Cinq anesthésies sur sept sont complètes et très satisfaisantes, pas d'excitation, réveil normal. Deux présentent des défauts, mais ceux-ci sont indépendants du somnoforme ; il faut toujours laisser les malades se réveiller eux-mêmes.

### Anesthésie mixte au coryl, par M. Touvet-Fanton.

M. Touvet-Fanton, qui commence les démonstrations, fait assister à l'anesthésie générale au *coryl.*

Il enduit tout d'abord de vaseline la partie à réfrigérer de façon à ce que le coryl ne brûle pas les parties qu'il atteint, puis il projette le liquide sur la gencive et plusieurs fois sur les parcours externes des nerfs. Il obtient ainsi au bout de quelques secondes une *stupeur*, puis une *résolution* assez grande pour permettre une opération dentaire, dans l'espèce une extraction.

C'est un anesthésique d'une innocuité absolue, exempt de tout danger.

### Anesthésie mixte par le chloroforme et le protoxyde d'azote, par MM. Ducournau et Darin.

Avec M. Ducournau, on arrive à l'anesthésie complète. M. Ducournau montre l'appareil dont il se sert avec M. le Dr Darin, depuis de longues années, sans avoir jamais eu aucun accident à déplorer. Il donne d'abord le chloroforme, qu'il laisse tomber goutte à goutte dans une partie

du masque qui lui est affectée, puis il fait passer comme d'habitude le protoxyde. Le malade, une femme, s'endort complètement, sans accidents ni reflexe. L'anesthésie dure 50 secondes, mais peut durer beaucoup plus. Il ne peut y avoir de reflexes nasals, car le sujet respire d'abord le mélange, puis l'air, ce qui rend tout danger impossible. On peut, dit M. Ducournau, donner le mélange jusqu'à trois fois.

M. Ducournau procède ensuite à une anesthésie de protoxyde seule, puis à une troisième sur une malade enceinte de cinq mois (3 molaires). La dose est pour cette malade de 1 1/2 de chloroforme suivi d'un gramme de protoxyde. Malgré la faiblesse des doses, le résultat est excellent, la malade étant complètement et profondément endormie.

L'anesthésie ainsi obtenue est des plus satisfaisantes.

### De l'emploi des capsules surrénales en art dentaire, par M. Sauvez.

M. Sauvez dit quelques mots sur l'emploi des capsules surrénales et renvoie les auditeurs à une communication importante qu'il prépare sur ce sujet et qui paraîtra dans un prochain numéro.

### Présentation d'un appareil a syphon, par M. Bourdallé.

M. Bourdallé fait voir un appareil à syphon pour le somnoforme sur lequel il n'y a rien à signaler.

Ch. Ch.

## Salle de clinique de prothèse (1er étage).

### Présentation d'un appareil de restauration du maxillaire supérieur, par M. Martinier.

M. Martinier, professeur de prothèse à l'Ecole dentaire de Paris, présente une malade à laquelle il a fait un appareil de prothèse restauratrice, qui sera du reste l'objet d'une communication à la Société d'Odontologie. Cette malade a été opérée pour un sarcome du maxillaire supérieur et a dû subir la résection de la moitié droite de ce maxillaire.

L'appareil, dont tous les assistants ont admiré l'ingéniosité, avait pour but de rétablir les fonctions du maxillaire enlevé et de combattre la déformation produite par les tissus cicatriciels. C'est une application de la méthode de Cl. Martin pour le traitement prothétique de ce tissu. Les résultats obtenus par M. Martinier sont excellents et ont été d'autant plus difficiles à obtenir que, contrairement aux moyens de rétention employés ordinairement, l'appareil ne comporte pas de ressorts.

### Démonstration d'empreintes au platre, par M. Martinier.

M. Martinier fait ensuite une démonstration sur la prise des em-

preintes au plâtre ; il emploie pour ces empreintes le plâtre dont on se sert au laboratoire, qu'il gâche avec une solution d'eau sulfatée à 30 pour 1/000, colorée à l'aide d'éosine et parfumée avec de la menthe. Les empreintes sont prises avec facilité et le séjour du plâtre dans la cavité buccale n'excède pas une minute. Pour simplifier la reconstitution de l'empreinte, opération généralement lente et difficile, il se sert d'un plateau qu'il a imaginé et qui est destiné à recevoir les fragments et à les placer dans l'ordre qu'ils doivent occuper dans l'empreinte. La reconstitution de celle-ci s'opère ensuite très facilement et en quelques instants.

## Grand amphithéâtre (Rez-de-Chaussée).

### Confection d'une mentonnière en aluminium pour fracture du maxillaire inférieur, par M. Delair.

M. Delair découpe à cet effet un patron sur le sujet atteint de fracture. Ce patron consiste en une feuille de carton échancrée pour laisser libre la région hyoïdienne, qu'on découpe ensuite à une distance de 8 à 10 centimètres du bord interne. Cette largeur est nécessaire pour faire un rebord embrassant la face externe du maxillaire.

Ce patron est ensuite découpé dans une plaque d'aluminium de 12/10 de millimètre. Puis, à l'aide de maillets en bois et d'emboutissoirs en laiton, M. Delair façonne cette plaque sur un tas en plomb suivant le procédé des emboutisseurs, et lui donne la forme appropriée.

On a ainsi une mentionnière à la fois très légère et très résistante. La confection de cette mentonnière dure 25 minutes.

### Exécution d'un appareil facial, par M. Delair.

M. Delair modèle un nez en pâte plastique et démontre les diverses phases par lesquelles doit passer cette prothèse : mise en plâtre, confection du nez en caoutchouc dur, essai et retouches, moulage en plusieurs parties de ce nez en vue de la confection des moules en étain nécessaire au bourrage et à la vulcanisation du nez définitif en caoutchouc mou.

A cette période le nez est peint et monté sur le mécanisme établi à cet effet, ce mécanisme est en aluminium et muni de deux prolongements qui prennent point d'appui, par leur écartement à l'aide d'un élastique, sur les parties restantes des orifices des fosses nasales.

### Voile palatin, par M. Delair.

M. Delair fait une démonstration pratique sur l'exécution de son voile à clapet ; il en montre l'application sur un sujet soigné à l'Ecole, porteur de son appareil depuis le mois de février dernier. Ce malade a pu réciter déjà un exercice phonétique et tous les assistants ont été frappés des résultats de cette méthode personnelle à M. Delair, au sujet de laquelle d'ailleurs il se propose de faire une communication très détaillée à Montauban.

PRÉSENTATIONS DIVERSES, PAR M. DELAIR.

1° Presse à moufles pour les restaurations faciales, presse agissant dans trois directions à la fois ;

2° Vulcanisateur et des moufles spéciaux pour les restaurations faciales ;

3° Moules en étain destinés au bourrage et à la vulcanisation de grandes restaurations faciales ;

4° Moulages d'oreilles, de nez, de lèvres, de masques.

L.

---

# TOASTS

PRONONCÉS AU BANQUET DU SAMEDI 24 MAI

## TOAST DE M. GODON

Je vous demande à féliciter d'abord du succès de cette fête les sociétés dentaires parisiennes qui nous l'offrent et leurs représentants, Sauvez, Fresnel et Siffre, qui l'ont organisée ; nous devons les féliciter et les remercier, surtout Sauvez, qui a employé ses vacances de Pâques à porter en province l'invitation de la Fédération.

Je suis heureux de ce beau succès pour plusieurs motifs : un tout personnel d'abord, dont je désire vous faire part. L'autre jour, à la Commission d'enseignement, où se préparait cette réunion, nous étions en très petit nombre ; un de nos confrères, dont je ne vous citerai pas le nom, pour ne pas effaroucher sa modestie, disait : « Tout le monde ne semble pas bien comprendre l'utilité, l'importance de ces réunions si souvent répétées, de ces multiples sociétés, de ces fédérations nationales et internationales. » En sortant de la séance je pensais qu'il avait peut-être raison. J'étais rentré chez moi plein de doutes sur le résultat de celle-ci ; je suis donc venu un peu en retard aujourd'hui, parce que ce doute ne m'avait pas quitté. Ce n'était pas moi qui avais reçu les adhésions au banquet ; c'était mon ami Sauvez ; il ne m'avait rien fait connaître du tout. Je me disais : « Si par hasard nous n'allions pas être plus nombreux que l'autre jour à la Commission d'enseignement ! » Vous pensez si j'ai été agréablement surpris lorsque j'ai vu une nombreuse réunion de délégués et si j'ai reçu avec plaisir les reproches que m'ont adressés les membres du Bureau sur mon inexactitude.

Je suis encore très heureux du succès de cette fête, à un autre point de vue, celui-là tout professionnel. Lorsque j'ai été en Amérique, en Angleterre, j'ai vu notre profession solidement organisée,

s'appuyant sur des Sociétés nombreuses, sur des Fédérations puissantes, donnant aux dentistes un certain prestige et inspirant au public une certaine considération pour eux.

Un de nos confrères étranger nous disait, il y a quelques années : « Je suis venu en France, mais je retourne en Amérique : on y est bien mieux considéré. » Pourquoi ? C'est à cause de cette organisation.

Aussi nous faut-il déployer une certaine activité pour rattraper le temps perdu dans cette organisation professionnelle dans laquelle les Américains nous ont devancés de plus de 40 ans. C'est pourquoi je tiens à féliciter aussi les Sociétés qui ont répondu ce soir à notre appel et particulièrement les délégués qui nous ont apporté de nouvelles adhésions : celles de l'Association odontologique de Bordeaux, du Syndicat du Nord et du Pas-de-Calais, et surtout notre ami Delair, qui nous apporte de Nevers son nouveau-né, le Syndicat dentaire du Centre (*rires et applaudissements*).

Je ne vous referai pas l'histoire de notre Fédération nationale après l'exposé si complet que Sauvez nous en a donné dans son rapport. Chez nous, dans notre Association, nous avons, d'abord en 86, cherché à créer des groupements nationaux ; mais c'est seulement le Congrès international de 89, qui a permis la réunion de nos deux Associations odontologiques parisiennes. Puis l'Ecole dentaire de Paris et l'Ecole odontotechnique de France ont été appelées pour les Congrès nationaux de Bordeaux, de Nancy et de Lyon à travailler en commun et à grouper en même temps nos différents confrères de province, pour la préparation du grand congrès de 1900. Ce sont donc les Congrès nationaux et internationaux qui nous ont obligés à nous réunir, à nous grouper. Ils sont ainsi la cause de notre Fédération nationale ; ils en sont aussi le but principal. Il en a été de même pour notre Fédération internationale que nous avons été entraînés à constituer au Congrès de 1900, non seulement par l'accord unanime des Français, mais bien plus encore par les étrangers, qui y sont venus en si grand nombre. Ceux d'entre nous qui lisent les journaux américains ont dû voir avec quel enthousiasme la F. D. I. a été accueillie de l'autre côté de l'Atlantique ; à tout propos on en a parlé, tous nos confrères américains en comprennent l'importance.

Si à l'étranger on en a éprouvé un pareil enthousiasme, c'est surtout depuis la publication des comptes rendus de nos séances de Londres et de Cambridge. La Fédération a pris droit de cité. Nos confrères étrangers ont ainsi compris combien il était utile que les dentistes du monde entier se missent d'accord pour discuter ensemble des questions qui les intéressent. Les préjugés dont nous souffrons dans notre pays, les difficultés que nous pouvons avoir se trouvent être partout les mêmes. L'évolution de l'art dentaire se fait dans tous les pays de la même façon ; ceux qui ont eu l'occasion, dans les com-

munications faites au Congrès, d'étudier sa marche ont pu le constater. Les pays jeunes en art dentaire ont donc avantage à étudier l'évolution professionnelle dans les pays où elle est plus avancée et à éviter ainsi des expériences nuisibles. Donc, messieurs, confrères de France et de l'étranger, tous constatent l'utilité des grandes réunions analogues à celle-ci. On les comprend d'ailleurs dans toutes les professions; nous en avons un exemple récent dans la réunion de la Presse médicale internationale. Vous trouvez du reste ces syndicats, ces associations partout. Et commercialement est-ce que tout ne se fait pas de plus en plus par grandes associations nationales et internationales? Le groupement est partout. Il faut se réunir,se grouper si l'on veut aboutir à quelque chose; à notre époque on a dit: « Malheur aux isolés. »

Et la liberté ? me dit quelqu'un. La liberté? Elle existe dans la fédération, car la fédération n'est pas l'absorption des individus; elle doit respecter l'individualité et les idées de chacun. La fédération groupe les idées; c'est un terrain d'entente, un lieu où les opinions diverses doivent et peuvent se manifester. Je souhaite, pour ma part, y voir les confrères ayant les opinions les plus opposées venir librement exposer ce qu'ils ont au fond du cœur, du moment qu'ils ont pour but les intérêts de la profession, les intérêts généraux.

Evidemment chacun de nous a ses convictions, mais nous n'en demandons pas moins à être éclairés; nous défendons ce que nous pensons de bonne foi,mais nous ne sommes pas des entêtés; nous ne demandons qu'à nous rendre à l'évidence, et je souhaite qu'ici toutes les idées soient parfaitement représentées et que nous cherchions ensemble une formule commune.

Pour conclure, mes chers confrères, nous voulons faciliter l'évolution rationnelle de notre science et de notre art par nos groupements dans l'intérêt professionnel, dans l'intérêt général. Quelqu'un disait récemment, en représentant le Gouvernement à l'inauguration de la statue d'un grand philosophe, que personne ne peut faire marcher la civilisation dans une voie déterminée, mais qu'on peut seulement en retarder ou en faciliter la marche. Eh bien! la Fédération, telle que nous la comprenons, est un organe destiné à activer la marche de l'évolution de notre profession.

Permettez-moi de boire aux Sociétés adhérentes à la Fédération, aux délégués qui sont venus les représenter parmi nous ce soir *(Applaudissements)*.

## TOAST DE M. SAUVEZ

Chers confrères,

Après dîner les discours les plus brefs sont toujours les meilleurs ; soyez assurés qu'en vous adressant ces paroles je ne perdrai pas de vue cet excellent principe.

J'entendais dans notre laborieuse réunion qui a servi d'apéritif à ce banquet quelques confrères émettre des doutes sur la valeur du diplôme des écoles venant après celui de l'Etat et proclamer presque son inutilité, en même temps qu'ils manifestaient quelque incrédulité sur l'efficacité du groupement de toutes les forces de la profession que nous avons essayé et auquel nous sommes parvenus, je crois pouvoir le dire. Certes, un diplôme ne vaut que par la valeur qu'on y attache, c'est-à-dire par la valeur que le public y attache. S'il y a des réputations usurpées, il en est qui sont conquises, qui sont imposées. La question n'est donc pas d'avoir un titre, mais d'avoir un titre apprécié. Ce titre, les écoles vous le donnent ; mais c'est à vous, membres de la profession, qu'il appartient de le faire désirer, de le faire respecter, de le faire envier. C'est pour cela que nous sommes réunis ; c'est pour attacher au parchemin que délivrent nos institutions une signification qu'on ne lui reconnaît point encore assez que nous voulons le placer au-dessus de celui de l'Etat. Nous pouvons forcer le respect du public ; je n'en veux qu'un exemple.

Cet après-midi on célébrait le centenaire de l'internat des hôpitaux de Paris. Dans une séance qui était présidée par le chef du Gouvernement les sommités de la science se sont fait entendre. Dans un banquet, qui a lieu en ce moment même et qui compte 700 convives, on trouve les plus hautes personnalités médicales de France. Que glorifie-t-on ainsi ? Un titre qui n'est inscrit dans aucune de nos lois, qui n'est conféré par aucune Faculté, qui ne donne aucun droit à l'exercice légal, mais qui, par la notoriété qu'ont su lui donner ceux qui l'obtiennent et qui jette sur lui de l'éclat, est devenu le titre médical le plus recherché. C'est par le groupement, par une action commune, par une mise en valeur, pour ainsi dire, du diplôme de nos écoles, que nous pourrons, nous aussi, entourer ce diplôme d'un certain éclat et faire accorder à ceux qui en seront pourvus l'estime, la considération et la réputation qu'on ne marchande point à ceux qui possèdent le titre dont je viens de vous parler. *(Applaudissements.)*

Je vous convie donc à travailler sans relâche à faire progresser notre art et notre science, pour que la somme de nos connaissances s'étende sans cesse. Je vous convie à venir apporter dans nos réunions scientifiques de sociétés, de fédérations, de congrès nationaux

et internationaux, le fruit de votre étude, de votre expérience, de vos recherches. Ne laissez échapper aucun de nos congrès annuels, qu'une savante association scientifique prend soin d'organiser pour nous, sans y montrer le résultat de vos efforts et sans y échanger vos idées dans une communauté profitable, ce qui est après tout le meilleur mode d'enseignement mutuel. Venez, au mois d'août, à notre congrès de Montauban, comme vous êtes venus l'an dernier à celui d'Ajaccio. Cette année, nous avons la chance que ce congrès se fasse avec l'heureuse collaboration de la Société des dentistes du Midi, qui, par l'organe de mon excellent ami Chemin, m'a promis un concours illimité *(applaudissements)* et le prend en quelque sorte sous son patronage. Venez à la réunion de Montauban pour le Congrès lui-même et pour la session de notre Fédération, qui doit s'y tenir en même temps.

C'est au succès du congrès de Montauban que je vide mon verre, en vous donnant rendez-vous à tous dans cette ville méridionale. *(Applaudissements.)*

## TOAST DE M. MARTINIER

Messieurs,

C'est au nom de la première Commission d'enseignement dentaire nationale que je suis appelé à prononcer quelques paroles ce soir, puisque mes confrères m'ont fait l'honneur de m'en nommer président.

Je voudrais vous montrer très rapidement l'importance de cette Commission et vous indiquer brièvement les questions qu'elle devra aborder.

Les membres de cette Commission, choisis parmi les directeurs des Ecoles dentaires françaises et parmi ceux de nos confrères qui s'occupent d'enseignement, offrent certainement les garanties de compétence voulues. Leur rôle me paraît tout tracé : il leur suffira de se mettre d'accord sur un programme susceptible d'être appliqué, au moins dans ses grandes lignes, dans les écoles faisant partie de la Fédération, en laissant à chacune d'elles son indépendance pour la réalisation des vœux et l'exécution des décisions de la Commission.

Certes, la direction de chaque école a fait de son mieux jusqu'ici pour organiser l'enseignement des futurs chirurgiens-dentistes et leur permettre de passer dans les meilleures conditions les examens qui résultent de la loi de 1892, et il faut avouer que ce n'était pas chose facile en l'absence de tout programme des matières de ces examens. Mais l'enseignement dentaire tel qu'il est organisé dans nos écoles est certainement modifiable. C'est pour lui donner un caractère d'uniformité, c'est pour assurer son avenir, en le rendant sans cesse

meilleur, que la Commission d'enseignement dentaire nationale a été créée, à l'exemple de l'institut de Pédagogie dentaire qui fonctionne aux Etats-Unis.

Cette Commission doit jouer le rôle d'un véritable Conseil de perfectionnement des études dentaires en France, et l'influence qu'elle exercera sur ces études sera sûrement considérable. Elle aurait dû être créée par l'Etat ; mais, puisque celui-ci se désintéresse de notre enseignement, il faut que nos écoles s'unissent dans un sentiment de concorde et mettent leurs forces en commun pour combler cette lacune.

Peut-être aurons-nous plus tard la satisfaction de constater que, par sa compétence et ses travaux, la Commission a conquis l'estime des pouvoirs publics, et que, mieux éclairés sur la nécessité de cet organe, ceux-ci feront appel à son concours lorsqu'il y aura lieu de prendre des décisions relatives à l'enseignement dentaire.

Beaucoup de questions, messieurs, sollicitent notre attention. Nous aurons d'abord à nous occuper des limites à fixer à l'instruction purement médicale et scientifique, à établir une répartition judicieuse et méthodique, dans les trois premières années de nos études, des notions d'anatomie, de physiologie, de pathologie et de thérapeutique indispensables à nos élèves, à donner une part plus large à la dissection, à augmenter le nombre de nos stages hospitaliers et à développer l'enseignement de l'anesthésie pour que nos étudiants puissent rivaliser sur ce point avec les étudiants en médecine. Puisque la loi de 1892 nous a conféré des droits, nous avons le devoir de fournir à nos futurs confrères les moyens de les exercer avec toute la compétence désirable et dans toute leur plénitude. Mais il ne faut pas oublier notre véritable but, qui est de former des dentistes habiles, érudits et aptes à satisfaire entièrement à toutes les exigences de la pratique. *(Applaudissements.)*

Pour atteindre ce but, élevons-nous au-dessus des injustes attaques de ceux qui visent uniquement à remplacer les dentistes actuels par d'autres dentistes plus titrés, mais non mieux qualifiés pour donner leurs soins au public. Voyons plus haut et plus large, et travaillons ensemble à chercher le meilleur moyen propre à rehausser le niveau professionnel et à accroître les connaissances indispensables à l'exercice de notre profession. Groupons nos efforts pour réaliser notre idéal et détournons-nous de la lutte à laquelle on nous convie pour des intérêts mesquins, et dans laquelle nous perdrions un temps précieux ; nous pouvons mieux employer ce temps au profit des intérêts supérieurs du public et à la continuation des progrès réalisés si péniblement depuis vingt ans par l'art dentaire français.

C'est donc surtout à l'enseignement technique que nous devons songer, et nous avons là un vaste champ d'études. L'organisation

d'un enseignement spécial préparatoire à l'aide d'appareils fantômes, comme celui qui existe depuis longtemps déjà en Amérique, mérite notre attention ; son application pour les premières séries de travaux demandés aux élèves de chacune de nos années me paraît appelé à donner les meilleurs résultats, si nous nous mettons d'accord sur un programme commun.

Les méthodes et procédés nouveaux de la dentisterie opératoire doivent aussi entrer, pour une large mesure, dans les leçons et démonstrations faites à nos élèves et dans les travaux fixés par le carnet scolaire.

Dans l'évolution du progrès, l'art précède la science. La prothèse, qui est restée un art pendant longtemps, se transforme chaque jour, et l'on peut dire que le véritable prothésiste moderne doit s'inspirer autant de ses connaissances scientifiques et médicales que de son talent artistique et de son savoir mécanique.

Les difficultés de l'enseignement de cette branche sont incontestables, mais il est de toute nécessité de les surmonter. Il faut pour cela améliorer sans cesse nos différents services, augmenter le nombre des heures consacrées à cet enseignement, quoique ce nombre soit déjà très élevé, et constituer d'une manière définitive un enseignement méthodique parallèle et progressif de la clinique et du laboratoire.

Certes, cela entraînera des sacrifices pécuniaires, nous serons contraints d'avoir un personnel enseignant nombreux, mais nous sommes, je le répète, dans l'obligation d'atteindre le but que nous poursuivons et de faire honneur à nos engagements. Il nous appartient, en outre, de frapper l'esprit de nos élèves par les nombreuses raisons qui militent en faveur d'une connaissance approfondie de la prothèse, sans laquelle ils ne sauraient plus tard exercer avec fruit.

Il est encore beaucoup d'autres questions, parmi lesquelles l'organisation de la quatrième année d'études, que la Commission aura à examiner ; sa tâche est complexe, mais j'ai le ferme espoir qu'avec votre zèle, votre dévouement, et les sentiments d'union et de solidarité qui nous animent, nous vaincrons tous les obstacles et nous constituerons un enseignement digne de notre pays et de l'amour de la profession qui est au cœur de ceux qui tiennent actuellement entre leurs mains l'avenir de l'odontologie. *(Applaudissements.)*

Messieurs, je bois à la première Commission d'enseignement dentaire nationale. *(Applaudissements.)*

## TOAST DE M. SIFFRE

Messieurs, je suis pris au dépourvu, car je comptais bien sur notre directeur, le docteur Queudot, pour prendre la parole au nom de notre groupe.

Puisque le toast est l'occasion nouvelle de caresser l'idée chère, permettez-moi de reprendre un point parmi les très nombreuses questions dont la Fédération dentaire nationale doit s'occuper : l'instruction préliminaire à l'étude de la chirurgie-dentaire.

Il faut envisager la question à un point de vue très haut et plus particulièrement à un point de vue social et démocratique.

Je serai bien compris de vous tous, car nous sommes en majorité « des chevillards » et avant d'être patrons, professeurs, nous avons été apprentis ; sortant du peuple, nous sommes entrés dans une profession ouverte au peuple. Je veux que par tous les moyens nous conservions cet avantage donné aux humbles, aux modestes, de pouvoir choisir une profession libérale, honorable et lucrative.

Le mot bachelier semble plaire à beaucoup de confrères. Mais, bachelier, c'est par le lycée qu'on le devient, et lycée est synonyme de bourgeoisie — bourgeoisie, synonyme de richesse ; mais richesse, n'est pas synonyme de « peuple » et voilà pourquoi je n'accepte pas qu'on demande avant d'entrer dans une école dentaire le *baccalauréat !*

Il ne faut pas que ceux dont les parents peuvent faire les frais d'études, profitent seuls des bonnes professions.

Demandons ce que nous voudrons, pourvu que tous les citoyens français puissent l'obtenir, que l'élève des écoles primaires et primaires supérieures *gratuites* puisse, comme l'élève du lycée ou du collège, devenir un étudiant en dentisterie.

Que ce ne soit pas une barrière de pièces de cent sous qui arrête les enfants dans la vie, et que le hasard de la fortune ne soit pas seul le maître de la destinée ; que l'intelligence soit quelque chose aussi, et l'on en trouve partout de l'intelligence : à l'école communale comme au lycée, chez les fils d'ouvriers comme chez les fils de la bourgeoisie.

Messieurs, je bois à la conservation du droit qu'a tout citoyen français d'acquérir par son travail et son intelligence le diplôme de chirurgien-dentiste et d'exercer l'art dentaire au même titre que le docteur en médecine. *(Applaudissements.)*

## TOAST DE M. VICHOT

Au nom de l'École dentaire et de la Société d'Odontologie de Lyon, je remercie les Sociétés parisiennes de leur excellent accueil, je fais des vœux pour l'union des dentistes et je lève mon verre au succès de la Fédération. *(Applaudissements.)*

## TOAST DE M. RICHARD-CHAUVIN

Puisqu'on veut bien me donner la parole, j'estime qu'il est sage de ne pas retenir trop longtemps votre attention et de rester dans les limites du toast.

Vous n'ignorez pas que l'Association générale des dentistes de France est une des premières associations qui se sont fondées en France; elle a toujours participé de la manière la plus active à toutes les manifestations de la vie professionnelle, notamment à la création de la Fédération dentaire nationale. Sa vieille devise « Union, Progrès » semble avoir trouvé son incarnation vivante dans la Fédération dentaire nationale que nous fêtons ce soir dans ce banquet confraternel.

L'Association, toujours avide d'innovations, vient d'admettre les élèves de l'École dentaire de Paris à titre de pupilles. Ils pourront profiter, ainsi que les membres titulaires, de tous les avantages de la société, en étant exonérés des charges. Vous voyez que l'Association marche toujours dans la voie du progrès.

Messieurs, c'est une véritable bonne fortune pour le Président de l'Association d'avoir à saluer ce soir tous les délégués de la province qui nous font l'honneur d'être nos hôtes et de pouvoir leur annoncer, comme rédacteur en chef du journal *L'Odontologie*, qu'il met à la disposition de leurs groupements respectifs ce journal et sa grande publicité.

Messieurs, au nom de l'Association générale, au nom du journal *L'Odontologie*, je lève mon verre en l'honneur des délégués de province, MM. Armand et Marronneau, de Bordeaux; M. Vichot, de Lyon; M. Cohen, du Nord; M. Delair, du Centre; MM. Chemin et Houdié du Midi, et je lève mon verre en l'honneur de la Fédération. *(Applaudissements.)*

## TOAST DE M. STÉVENIN

M. Bonnard, président du Syndicat des chirurgiens-dentistes, n'a pu se rendre ici; il est indisposé, je bois, à sa place, à la prospérité de la Fédération et à l'union qui fait sa force. *(Applaudissements.)*

## TOAST DE M. ROY

Après les différents toasts qui viennent d'être prononcés, il n'entre pas dans mes projets de troubler votre digestion par un discours. Je suis heureux que mes fonctions de président de la Société d'Odontologie me donnent l'occasion de souhaiter une longue vie à la Fédération. Je suis heureux aussi de constater le plaisir que nous avons, dans des réunions comme celle-ci, à nous trouver réunis tous ensemble comme les membres d'une même famille.

Le programme de cette réunion a été divisé : les uns ont été chargés d'organiser la discussion des intérêts professionnels, d'autres, se sont occupés des intérêts gastronomiques que nous venons de discuter ce soir. Nous, nous avons été chargés de dresser le menu du banquet scientifique auquel nous vous convions pour demain. Vous êtes venus pour travailler aux intérêts de la profession, mais nous savons que vous avez toujours plaisir à voir des démonstrations ou des présentations nouvelles ; c'est pourquoi la séance de la Société d'Odontologie a été classée parmi les fêtes données par la Fédération dentaire nationale. Grâce au concours de nos collègues de la Société Odontologique de France, nous avons pu organiser une séance qui sera intéressante comme vous avez pu le voir par le programme qui vous a été remis.

Au nom de la Société d'Odontologie de Paris, je convie la Fédération dentaire nationale à venir assister à la séance qui aura lieu demain, et, au nom des Sociétés odontologiques de Paris, je lève mon verre à la prospérité de la Fédération dentaire nationale. *(Applaudissements.)*

## TOAST DE M. CHEMIN

Messieurs,

Sans vouloir vous fatiguer par un long discours, j'estime néanmoins de mon devoir de remercier les organisateurs de cette superbe réunion de l'accueil chaleureux que nous trouvons parmi vous.

Je n'exagère pas en déclarant que j'ai accepté avec joie le rôle flatteur que la Société des dentistes du Midi a bien voulu me destiner en me déléguant pour la représenter à cette fête ; c'est un honneur auquel je ne suis point médiocrement sensible. J'y trouve une double satisfaction intime : d'abord l'inestimable plaisir de faire connaissance ou de renouveler connaissance avec nos honorables et charmants confrères membres de cette Association, de leur serrer bien cordialement les mains et de jouir du charme de leur société distinguée.

Je craindrais d'être taxé d'hypocrisie, si je n'ajoutais le charme savoureux de ce magnifique banquet et de cette fête vraiment exquise.

En second lieu, messieurs, je suis heureux de former avec mon collègue et excellent ami M. Houdié comme le trait d'union fraternelle entre cette vaste Association et la toute petite Société du Midi.

Je ne saurais assez insister sur le caractère élevé de ces associations fraternelles, qui ne reposent point sur l'intérêt, mais sur le besoin légitime de solidarité loyale ressenti par tous les membres d'une profession.

L'union fait la force, c'est la maxime de la Belgique, ce sera aussi celle de notre grande corporation, de la Fédération dentaire nationale, celle de toute société en général, de toute association française en particulier, comme le disait tout à l'heure M. Godon.

Il faut rester unis pour se comprendre, s'estimer, s'entr'aider mutuellement, pour concourir au but commun, la solidarité généreuse entre tous les sociétaires, d'une part, et, de l'autre, l'espoir de contribuer à l'amélioration du sort de l'humanité entière par la science et le travail.

Au nom de la Société des dentistes du Midi, je vous demande de vous associer à moi pour boire à la prospérité de la Fédération dentaire nationale et de lever vos verres en l'honneur de MM. Godon et Sauvez, qui ont présidé à sa création d'une façon si remarquable. *(Applaudissements.)*

## TOAST DE M. ARMAND

Après les remarquables discours qui viennent d'être prononcés, je suis un peu ému d'avoir à prendre la parole, n'en ayant pas l'habitude. Je regretterais toutefois de ne pas vous remercier de la cordialité avec laquelle vous nous avez accueillis. Je ne désire qu'une chose, c'est de nous retrouver l'année prochaine encore plus nombreux, s'il est possible. Je lève mon verre à la prospérité de la Fédération, à la santé de tous les membres présents. *(Applaudissements.)*

## TOAST DE M. DELAIR

Messieurs,

La Fédération dentaire nationale, issue de nos différents groupements régionaux et formant une grande famille professionnelle, dans un but d'union et de progrès, apprendra avec plaisir, nous en sommes certains, l'arrivée d'un nouveau-né, lequel vient se joindre à elle, tout fier de cet honneur.

Ce nouveau-né porte le nom de Groupement et Syndicat dentaires du Centre-Ouest.

Il est formé par nos confrères de dix-neuf départements, qui m'ont confié l'agréable mission d'apporter à la Fédération tout entière ses salutations confraternelles, l'assurance d'un concours actif et absolu, et aussi de vous exprimer leur désir de voir se resserrer plus encore, entre tous les dentistes de France, quelles que soient leur origine, leur dénomination et la région dans laquelle ils exercent, les liens d'union et de concorde qui nous rapprochent ici à cette belle fête.

Le groupement du Centre-Ouest fera ses premiers pas à Vichy ; nous vous convions tous à cette fête où nous, les dentistes de province, nous nous préparons à recevoir les dentistes de Paris comme ils savent accueillir ceux des départements, les bras ouverts.

Messieurs, à l'Union de la Fédération Dentaire Nationale et à son président, notre sincère ami à tous, M. Godon et à M. Sauvez, l'un des organisateurs de cette belle réunion. *(Applaudissements.)*

---

# FÉDÉRATION DENTAIRE NATIONALE

## SESSION DE PARIS, 1902.

*Assemblée générale. — Séance du samedi 24 mai.*

Présidence de M. GODON, président.

La séance est ouverte à 5 heures 1/4 à l'hôtel Terminus.

Sont présents : MM. Astié, Armand, Bonnard, Chemin, Cohen, Coignar, Delair, Ducournau, Fresnel, Hivert, Houdié, Lebedinsky, Marronneaud, Martinier, Mora, Papot, Page, Queudot, Roy, Rozenbaum, Sauvez, Siffre, Stévenin, Viau, Vichot.

### ORDRE DU JOUR.

1° Procès-verbal et correspondance.
2° Vérification des pouvoirs des délégués.
3° Rapport de M. Sauvez, secrétaire général.
4° Rapport de M. Stévenin, secrétaire-adjoint, trésorier.
5° Constitution des Commissions.
6° Examen des réponses des Ecoles aux vœux d'Ajaccio.
7° Vœux et rapport de la Commission d'enseignement.
8° Vœux et rapport de la Commission d'hygiène et des services dentaires publics.
9° Du service militaire des dentistes et des étudiants en dentisterie.
10° Nomination du Comité exécutif pour 1902-1903.
11° Vœux et propositions diverses.

*M. Sauvez*, secrétaire général, donne lecture des procès-verbaux des séances tenues le 15 mai par le bureau, la Commission d'enseignement et la Commission d'hygiène et des services dentaires publics.

Il donne ensuite lecture de la correspondance, qui comprend :

1° Des excuses de MM. Bacque, Bastien, Brodhurst, Diparraguerre, Douzillé, Haller, Lechesne, Lalement fils, Lee, Lemerle, Pont, Rolland, Ronnet, Richer, Seigle, Tellier, délégués de diverses Sociétés ;

2° Des propositions formulées par le Syndicat des chirurgiens-dentistes, qui sont renvoyées à la session de Montauban ;

3° Une lettre de M. Queudot déclinant la mission de rédiger un rapport sur la deuxième question à discuter à Stockholm ;

4° Une lettre de l'Association des dentistes du Rhône et de la région, désignant le Dr Pont pour représenter l'Association à la réunion de la Fédération ;

5° Une lettre de M. Delair, annonçant la fondation du Syndicat dentaire du centre et désignant MM. Delair, Lalement fils, Brodhurst et Coignard pour représenter ce Syndicat ;

6° Une lettre de M. Schwartz faisant connaître que la Société des dentistes du Sud-Est n'a pas encore pris de décision touchant son adhésion à la Fédération ;

7° Deux lettres de l'Association odontologique de Bordeaux annonçant son adhésion à la Fédération et l'envoi de MM. Armand et Marronneau comme délégués ;

8° Une lettre de M. Delair relative à l'omission de son nom parmi les auteurs de démonstrations pratiques du lendemain.

*M. Sauvez* déclare que des ordres avaient été donnés pour l'inscription du nom de M. Delair, qu'un oubli a été commis d'abord, mais que cet oubli a été réparé ensuite ; il n'en exprime pas moins ses regrets.

*M. Godon.* — Nous avons envoyé une dépêche de félicitations à la *British Dental Association* qui tient en ce moment son Congrès annuel à Shrewsbury ; elle nous a répondu par une dépêche analogue, que je vais vous lire. Depuis plusieurs années nous échangeons les mêmes souhaits aux mêmes époques. Cette Association représente en Angleterre les mêmes intérêts que nous, mais elle a vingt ans d'existence de plus.

*M. Godon* donne lecture du télégramme suivant adressé à la Fédération (traduction) :

« L'Association dentaire britannique, réunie à Shrewsbury, remercie les délégués français de leur télégramme contenant d'aimables félicitations et de bons souhaits, que l'Association désire retourner. Harding, président ; Dolamore, secrétaire.

Il est procédé à la vérification des pouvoirs des délégués dont *M. Sauvez* lit la liste. Il en résulte que :

1° L'Ecole dentaire de Paris est représentée par MM. Godon, Martinier, Papot, Viau.

2° La Société d'Odontologie de Paris est représentée par M. Sauvez.

3° L'Association générale des dentistes de France est représentée par MM. Bonnard, Coignard, Roy.

4° L'Ecole odontotechnique est représentée par MM. Ducournau, Page, Queudot.

5° L'Association odontotechnique est représentée par MM. Astié, Lebedinsky, Mora.

6° La Société odontologique de France est représentée par MM. Hivert, Siffre.

7° Le Syndicat des chirurgiens-dentistes de France est représenté par MM. Bonnard, Fresnel, Stévenin.

8° Le Syndicat des chirurgiens-dentistes patentés est représenté par M. Rozenbaum.

9° L'Ecole dentaire de Lyon est représentée par M. Vichot.

10° La Société d'Odontologie de Lyon est représentée par M. Vichot.

11° La Société des dentistes du Midi est représentée par MM. Chemin, Houdié.

12° Le Syndicat des dentistes du Nord et du Pas-de-Calais est représenté par M. Cohen.

13° L'Association odontologique de Bordeaux est représentée par MM. Armand, Marronneau.

14° Le Syndicat dentaire du Centre est représenté par M. Delair, Coignard.

*M. Sauvez* donne lecture de son rapport de secrétaire général. (*Voir* p. 472, n° 30 mai.)

*M. Godon.* — Ce document contient quelques propositions qui seront adoptées par l'adoption même du rapport. Quelqu'un a-t-il des observations à présenter ?

Aucune observation n'est formulée. Le rapport est mis aux voix et adopté.

*M. Godon.* — Par l'adoption de ce rapport, vous autorisez le bureau à reconstituer les Commissions telles qu'elles existaient en 1900 ; quelques-unes étant déjà formées, nous constituerons les autres avec les mêmes membres. Toutefois, les délégués peuvent choisir les Commissions scientifiques qui sont à leur convenance ; mais ces dernières auront un rôle plus restreint, car elles ne fonctionneront probablement qu'en cas de Congrès.

Vous approuvez de même une session de la Fédération à Montauban ; les propositions formulées par le Syndicat des chirurgiens-dentistes de France déposées aujourd'hui seront donc examinées à Montauban, conformément à l'art. 6 de notre Règlement.

Enfin vous confirmez également les pouvoirs de vos délégués à la F. D. I., puisqu'il a été entendu qu'on demanderait aux diverses Sociétés faisant partie de la Fédération nationale de confirmer les pouvoirs des délégués de celle-ci à la Fédération internationale.

*M. Sauvez* propose d'augmenter le nombre des membres du Bureau en y ajoutant les présidents des diverses Sociétés dentaires.

*M. Godon.* — Le bureau compte actuellement cinq membres et ce sont ces cinq membres qui ont assuré jusqu'à présent le fonctionnement de la Fédération ; mais comme l'importance de la Fédération augmente, il faut que le nombre de ces membres soit augmenté et le meilleur procédé me semble être d'y adjoindre les présidents des diverses Sociétés adhérentes.

*M. Stévenin* demande s'il faut que ces présidents soient délégués.

*M. Godon* répond qu'ils en feraient partie de droit et qu'on fortifierait ainsi l'autorité du bureau en facilitant son fontionnement.

*M. Roy.* — Ces présidents pourraient, en cas de besoin, charger quelqu'un de les représenter ?

*M. Sauvez.* — Quand on préside une Société, c'est qu'on a la confiance de celle-ci.

*M. Roy.* — Il est bien entendu cependant que, si le président ne peut venir aux réunions du bureau, il pourra déléguer quelqu'un à sa place.

La proposition de M. Sauvez est adoptée avec l'amendement de M. Roy.

*M. Stévenin* donne lecture de son rapport de trésorier. (*Voir* p. 485, n° 30 mai.)

*M. Godon* fait remarquer que les dépenses représentent le fonctionnement de la Fédération pendant dix-huit mois, c'est-à-dire depuis sa création.

Le rapport des dépenses est mis aux voix et approuvé.

*M. Stévenin.* — Je ferai observer en mon nom personnel et non comme trésorier que les dépenses sont bien élevées et je propose de les restreindre à l'avenir, en ce qui concerne les employés.

*M. Godon.* — M. Sauvez a jusqu'à présent fait face à tous les frais et à tout le travail ; or, ce travail a été considérable et il ne peut pas le faire seul. Notre simple réunion d'aujourd'hui représente beaucoup de travail et passablement de dépenses. Tout cela constitue une telle besogne

qu'aucun de nous ne l'assumerait. Je croirais plutôt que M. Sauvez a dû oublier quelques dépenses.

*M. Stévenin.* — Pour la répartition des dépenses j'ai pris pour base le nombre des délégués de chaque Société tel qu'il est porté dans la brochure.

La répartition des dépenses est mise aux voix et approuvée.

*M. Stévenin.* — Pour constituer un fonds destiné au prochain exercice chaque membre aura environ 50 centimes à verser ou bien chaque délégué 10 francs par an.

*M. Roy.* — Ce n'est pas tout à fait la même chose. Il est préférable que le versement se fasse au prorata du nombre des délégués.

*M. Stévenin.* — N'engageons pas l'avenir et demandons que chaque Société verse une avance de 10 francs par délégué.

Le versement de 10 francs par délégué chaque année est mis aux voix et approuvé.

*M. Godon.* — Le bureau fera son possible pour rester dans les limites de dépenses qui lui sont fixées.

*M. Martinier* donne lecture de son rapport, au nom de la Commission d'enseignement, sur les vœux émis à Ajaccio. (*Voir* p. 486, nº 30 mai).

*M. Godon.* — Si l'assemblée n'y voit pas d'inconvénient, afin d'avancer la discussion je vais donner la parole à M. Vichot pour la lecture du rapport du Dr Pont, qui traite de la fédération des écoles dentaires, question qui se rattache dans une certaine mesure au 3e vœu émis à Ajaccio.

*M. Vichot* donne lecture du rapport de M. Pont sur la Fédération des Ecoles dentaires françaises. (*Voir* p. 496, nº 30 mai).

*M. Godon.* — Le rapport de M. Pont complète celui de la Commission d'enseignement, mais si M. Pont traite la question dont on l'avait chargé, il expose aussi certaines idées personnelles.

Nous examinons s'il est possible et avantageux que les Ecoles se fédèrent, mais naturellement, ainsi que M. Martinier a eu soin de le dire à plusieurs reprises dans son rapport, elles restent libres de le faire ou de ne pas le faire. Je tiens à bien préciser cette question d'indépendance, parce qu'une des craintes qui ont été manifestées lorsque nous avons voulu créer cette Fédération, c'est qu'un des groupes ne veuille tout absorber, tout diriger, au détriment des autres. Qui dit fédération dit groupement de corps indépendants, autonomes, qui s'unissent pour un but déterminé, mais qui n'en conservent pas moins leur autonomie. Cette fédération existe en Amérique.

Je crois utile de faire cette première déclaration au début de la discussion.

La Commission d'enseignement ne peut émettre que des vœux, et ceux qui sont émis restent à l'état de vœux, que les Ecoles réalisent ou non, car ce ne sont pas des décisions. Toutefois, comme ce sont des délégués des Sociétés qui expriment ici leur avis, nous avons tout lieu d'espérer que, par l'influence de la Fédération, ils seront l'objet d'une réalisation dans les différentes Sociétés ou Ecoles.

*M. Armand* demande qu'il soit donné lecture à nouveau des trois vœux émis à Ajaccio.

*M. Martinier.* — Voici ces trois vœux :

*a*) Que les Ecoles dentaires ne délivrent à l'avenir leur diplôme spécial qu'après que les candidats auront obtenu celui de l'Etat,

*b*) Et suivi les cours d'une quatrième année d'études exclusivement techniques.

*c*) Que ce diplôme soit, pour les Ecoles fédérées, de rédaction uniforme et ne puisse être délivré qu'après un examen passé devant un jury composé de professeurs des dites Ecoles.

*M. Armand.* — Nous ne voyons pas d'objection à la quatrième année, mais nous voudrions d'abord voir limiter, non pas le nombre des élèves entrant dans les Ecoles, mais le nombre des élèves sortants et nous sommes chargés de déposer des vœux dans ce sens.

*M. Godon.* — Les trois vœux qui font l'objet du rapport de M. Martinier ont été déposés à Ajaccio, avant d'être étudiés par la Commission d'enseignement. S'il en est déposé aujourd'hui, ils seront examinés et feront l'objet de rapports à Montauban, le bureau se chargeant de trouver des rapporteurs.

*M. Armand* donne lecture de ces vœux, qui tendent à exiger le baccalauréat pour entrer dans les Ecoles dentaires, à imposer un stage de deux ou trois ans chez un dentiste avant l'entrée à l'Ecole, à fixer une limite d'âge pour l'exercice de la profession, à rendre obligatoire pour les étudiants des écoles l'assistance aux cours et cliniques, et à demander la création de dentistes militaires.

*M. Godon.* — Je vous fais observer de nouveau que ces vœux ne peuvent être discutés ce soir, mais qu'ils seront discutés à Montauban.

Les trois conclusions du rapport de M. Martinier sont successivement mises aux voix et adoptées.

*M. Godon.* — Je mets aux voix les conclusions du rapport de M. Pont : « Il est souhaitable que les écoles soient fédérées et qu'elles aient un programme uniforme. » Etes-vous partisans de ce principe qu'il est désirable que les écoles soient fédérées comme elles le sont aux États-Unis, avec des programmes analogues autant qu'il sera possible et avec toutes les conséquences résultant d'une fédération ?

*M. Queudot.* — Je suis d'avis qu'il vaut mieux que les écoles ne se fédèrent pas. Nous ne nous fédérons pas comme école et, si vous émettez un vœu dans ce sens, nous ne le réaliserons pas.

*M. Bonnard.* — Cette proposition ne peut faire que l'objet d'un vœu, et l'opinion de M. Queudot pourra se manifester dans le rapport d'une Commission, car s'il y a des avantages à ce que la fédération n'ait pas lieu, il est bon de les connaître. C'est pourquoi, je le répète, cela ne doit être présenté que sous forme d'un vœu.

*M. Godon.* — M. Queudot parle à titre de directeur d'une école. Quelqu'un demande-t-il la parole pour faire valoir les avantages de la fédération ?

*M. Roy.* — J'approuve le rapport de M. Pont et je regrette la décision de nos collègues de la rue Garancière ; j'espère que, quand ils auront étudié ce rapport, ils reviendront sur cette décision. Aux États-Unis, seules, les écoles louches et bâtardes ne sont pas admises dans la Fédération qui a été créée dans ce pays. J'insiste pour qu'on adopte le rapport

et qu'on nomme une Commission pour amener les écoles à se fédérer.

*M. Siffre.* — Notre Conseil d'administration s'est réuni hier et a décidé ce que vient de dire M. Queudot. Mais comme une Commission sera nommée pour étudier la question, il n'est pas impossible qu'il revienne sur cette décision. Toutefois je ne suis pas d'accord avec M. Pont quant à la limitation, parce que nous ne pouvons pas empêcher un citoyen d'être dentiste.

*M. Godon.* — Le rapport dont M. Pont a été chargé portait sur l'utilité ou l'inutilité de la fédération des écoles dentaires et nous ne discutons que cette question. Ce rapport, après avoir montré les arguments en faveur de la fédération et les objections qu'on peut y opposer, conclut en faveur de celle-ci.

*M. Roy* dépose la proposition suivante : « La Fédération dentaire nationale émet le vœu que les écoles dentaires françaises soient fédérées » et demande la nomination d'une Commission pour réaliser l'exécution de ce vœu.

Le vœu est mis aux voix et adopté.

*M. Sauvez.* — M. Roy a demandé une Commission spéciale ; mais la Commission d'enseignement est toute désignée pour cela.

*M. Roy* propose de charger la Commission d'enseignement de la réalisation de ce vœu en faisant toutes les démarches possibles pour aboutir à cette fédération.

Cette proposition est mise aux voix et approuvée.

*M. Sauvez.* — M. Queudot n'ayant pas développé ses raisons pour que les écoles ne se fédèrent pas, je lui demande de le faire à Montauban.

*M. Martinier.* — Ces raisons ont une grande utilité et la Commission d'enseignement a besoin de les connaître. D'ailleurs cette Commission étant composée des directeurs des écoles, M. Queudot aura toute facilité, lors de la discussion du vœu qui vient d'être émis, pour faire connaître ces raisons et le rapporteur de la question à Montauban devra en tenir compte.

*M. Roy* donne lecture de son rapport (*Voir* p. 490, n° 30 mai.) sur les trois questions mises à l'étude pour la session de la Commission internationale d'enseignement à Stockholm et qui sont ainsi conçues :

1° Quelles sont les études préliminaires qui doivent être requises des étudiants avant qu'ils commencent à suivre l'enseignement professionnel ?

2° Quels doivent être la composition des études dentaires, leur durée, et l'ordre des matières du programme ?

3° Quelle partie des études, telles qu'elles sont faites dans les Écoles de médecine, doit être suivie par l'étudiant en dentisterie ?

*M. Godon.* — Avez-vous des objections sur l'ensemble du rapport ? Je vous rappelle que M. Queudot, chargé de faire un rapport sur la deuxième question s'est récusé ; quant à la troisième, elle est traitée par M. Siffre, dont nous entendrons le rapport tout à l'heure.

M. Roy ira, cette année, à Stockholm, où doivent être examinées ces trois questions et où vous serez représentés par MM. Sauvez, Roy, Queudot et moi. Il est donc utile de connaître l'opinion de la Fédération.

*M. Chemin.* — Pourquoi se contenter d'un simple certificat d'études primaires supérieures ? Il n'est pas bien connu et n'a pas la valeur du baccalauréat. Il serait utile d'exiger ce dernier, au point où en est maintenant la profession.

*M. Marronneau* partage cette manière de voir.

*M. Queudot.*— L'École odontotechnique est de cet avis.

*M. Siffre.* — Je suis d'une opinion différente et, en mon nom personnel, je m'oppose à ce que la Fédération marche dans cette voie.

Nous sommes dans un pays de liberté et le baccalauréat est une étiquette de bourgeoisie ; il faut que les enfants du peuple puissent aborder les études dentaires ; ne leur imposons donc pas le baccalauréat.

*M. Godon.* — La réforme de l'enseignement secondaire étant à l'étude, vous auriez tort de vous engager dans cette discussion, puisqu'on parle de la suppression du baccalauréat.

*M. Sauvez.* — Le jour où vous exigerez le baccalauréat pour entrer dans les écoles dentaires, entre quatre années d'école dentaire et quatre années d'école de médecine, le père de famille choisira inévitablement ces dernières, de sorte que le baccalauréat pousserait tous les dentistes à être médecins.

*M. Roy.* — On voudrait restreindre le nombre des dentistes ; c'est un mauvais calcul. Voyez ce qui se passe en Autriche : à côté des dentistes officiels, les Zahnärzte, il s'en est créé qui ne le sont pas, les Zahntechniker, à cause des difficultés que présente l'entrée de la carrière dentaire et ces praticiens font une très sérieuse concurrence aux dentistes qualifiés.

Pourquoi imposer des difficultés semblables chez nous, puisque, ainsi que nous le montrait le rapport de notre Secrétaire général, le nombre des dentistes est loin d'être considérable en France et qu'il est bien loin d'atteindre la même proportion qu'en Amérique, où ils sont douze fois plus nombreux pour une population double seulement ?

*M. Sauvez.* — Le baccalauréat n'empêche pas l'encombrement de la profession médicale.

*M. Roy.* — Et il entraverait les études pratiques, car il ne se concilie ni avec l'apprentissage manuel ni avec un stage de prothèse. Il n'en est pas de même du certificat d'études primaires supérieures.

*M. Martinier.* — Pour entrer dans une Ecole dentaire, il faut présenter soit le certificat d'études exigé des candidats au grade de chirurgien-dentiste, soit le certificat d'études primaires supérieures, soit enfin un baccalauréat. Or, l'examen des carnets scolaires des élèves de nos écoles prouve que ce sont les étudiants pourvus seulement du certificat d'études primaires supérieures qui ont les meilleures notes et que les bacheliers sont le plus souvent de moins bons élèves. Ce qui peut expliquer cette supériorité, c'est que ce certificat est délivré aux meilleurs élèves de l'enseignement primaire, c'est-à-dire à ceux qui ont fait preuve d'aptitude à des études plus complètes, et ces élèves ont reçu dans les écoles primaires supérieures un enseignement manuel élémentaire.

*M. Chemin.* — Le certificat d'études primaires supérieures ne me satisfait pas.

*M. Roy.* — Ce que je demande, c'est simplement un grade universitaire permettant d'aborder les études préparatoires à 16 ans.

*M. Delair.* — Comme le nombre des docteurs en médecine se livrant à la dentisterie va en augmentant, il faut que nous leur opposions des praticiens exercés et pour cela que les jeunes gens possédant le certificat d'études primaires supérieures commencent l'instruction professionnelle à 16 ans, car c'est à cet âge que l'habileté manuelle s'acquiert le plus aisément ; en leur demandant le baccalauréat, ils auraient 18 ans, et c'est trop tard.

*M. Armand.* — Nous discutons sur un mot, mais nous sommes tous d'accord sur un point, à savoir que les jeunes gens désireux d'embrasser notre profession aient une instruction générale plus complète, quand ils entrent dans les écoles. M. Roy réclame deux langues étrangères : à 16 ans c'est peut-être beaucoup. Je demande simplement qu'à leur admission dans les écoles dentaires les jeunes gens aient un bagage scientifique plus complet que celui qu'ils possèdent actuellement.

*M. Godon.* — M. Roy demande un stage, M. Armand aussi et l'on parle de baccalauréat ; mais vous oubliez que ces questions vont être discutées à l'étranger où le mot baccalauréat n'est pas connu. Ce n'est donc pas celui qu'il faut employer. Au fond ceux qui disent baccalauréat veulent dire : qu'il faut commencer tard les études professionnelles ; ceux qui disent certificat d'études primaires supérieures veulent dire : qu'il faut les commencer tôt.

*M. Siffre.* — Il faut que l'instruction que vous exigerez soit donnée gratuitement dans les pays où l'instruction est gratuite.

*M. Stévenin.* — Certificat ou baccalauréat, cela signifie enseignement primaire ou enseignement secondaire. Nous ne pouvons pas exiger que l'instruction soit gratuite pour les dentistes.

*M. Roy* propose la rédaction suivante : « Les études littéraires (*culture générale*) ne doivent pas durer au delà de l'âge de 16 ans. »

*M. Bonnard.* — Il y a une chose à laquelle M. Roy ne songe pas suffisamment, c'est que les élèves arrivent ainsi à l'École dentaire à 16 ans et qu'on va leur confier des malades à cet âge !

Leur faire commencer les études à cet âge, c'est dire qu'ils pourront faire de la dentisterie opératoire, puisque vous n'indiquez pas le genre d'études que vous leur faites suivre. Je m'élève contre la proposition, car les directeurs d'écoles ont une responsabilité très grande. Si l'on doit confier des malades aux étudiants de cet âge, j'estime que ce n'est pas à 16 ans que vous devez les admettre, mais plus tard, à l'âge de 18 ans.

*M. Ducournau.* — D'un autre côté, la loi demandant trois ans d'études, nos jeunes gens exerceraient à 19 ans ; c'est trop tôt.

*M. Godon.* — Messieurs, il est 7 h. 3/4. Je propose d'arrêter la discussion à 8 heures et de la reprendre après dîner.

*M. Sauvez.* — C'est peu pratique. Je propose que nous reprenions la discussion demain après midi ; puisque nous devons visiter l'École odontotechnique après déjeuner, la séance s'y continuerait. — Adopté.

*M. Vichot* propose l'adjonction suivante : « En fixant un minimum d'âge de 17 ou de 18 ans pour l'admission dans les écoles dentaires. »

*M. Roy.* — Voici une nouvelle rédaction : « L'instruction générale

nécessaire à l'étudiant en dentisterie avant d'être admis à suivre l'enseignement professionnel doit comprendre :

1° Une instruction littéraire avec la connaissance de deux langues vivantes permettant d'aborder à 16 ans les études préliminaires spéciales;

2° Une instruction scientifique élémentaire ;

3° Une instruction manuelle.

*M. Godon.* — Je mets aux voix les conclusions de M. Roy.

*M. Bonnard.*— Je voudrais spécifier qu'on ne doit pas confier de malades à des étudiants de moins de 18 ans.

*M. Godon.* — Nous sommes tous d'accord sur ce point.

Les conclusions de M. Roy sont mises aux voix et adoptées, sous la réserve formulée par M. Bonnard.

*M. Godon.* — La parole est à M. Siffre, qui est chargé d'un rapport sur la troisième question mise à l'étude pour la session de la Commission internationale d'enseignement à Stockholm et qui est ainsi conçue :

« Quelle partie des études, telles qu'elles sont faites dans les Écoles de médecine, doit être suivie par l'étudiant en dentisterie ? »

*M. Siffre* donne lecture de son rapport (*Voir* p. 500, n° 30 mai) et demande la nomination d'une Commission pour déterminer le programme de la partie médicale des études.

*M. Godon.* — Le rapport de M. Siffre étant en désaccord avec celui de M. Roy, il ne nous est plus possible, en raison de l'heure avancée, de le mettre en discussion aujourd'hui ; la parole est donc à M. Ducournau pour lire son rapport.

*M. Ducournau* donne lecture de ce document présenté au nom de la Commission d'hygiène et des services dentaires publics. (*Voir* p. 504, n° 30 mai.)

*M. Godon.* — Nous remercions M. Ducournau de son excellent rapport. Je souhaite qu'une discussion très complète ait lieu à son sujet, car s'il est bon de s'occuper des intérêts des dentistes, il faut aussi s'occuper des intérêts du public.

L'assemblée s'ajourne au lendemain, à l'École odontotechnique et la séance est levée à 8 h. 1/4.

*Le Secrétaire général,*
E. Sauvez.

---

*Assemblée générale. — Séance du dimanche 25 mai.*

Présidence de M. Godon, président.

La séance est ouverte à 3 h. à l'Ecole odontotechnique.

Sont présents : MM. Armand, Astier, Cohen, d'Argent, Delair, Ducournau, Fontane, Gaignon, Grimaud, Hivert, Lebedinsky, Mora, Martinier, Marronneau, Platschick, Page, Papot, Queudot, Roy, Siffre, Sauvez, Touvet-Fanton, Vichot.

*M. Godon.* — Je vous rappelle que les vœux que vous allez émettre

seront adressés au Comité exécutif, qui chargera des rapporteurs d'en faire l'objet de rapports à soumettre à la réunion de Montauban.

*M. Roy* redonne lecture de la 3e question mise à l'étude pour être discutée à Stockholm

« Quelle partie des études, telles qu'elles sont faites dans les Écoles de médecine, doit être suivie par l'étudiant en dentisterie ? »

et de la réponse qu'il propose d'y faire :

« Toutes les études des étudiants en dentisterie doivent se faire exclusivement dans les écoles dentaires, sauf celle de la dissection, en cas d'impossibilité d'avoir des cadavres, mais à condition que le cours soit fait exclusivement pour ces étudiants. »

*M. Queudot.* — L'étudiant en dentisterie aurait avantage à apprendre à l'Ecole de médecine la partie médicale de ses études et à l'Ecole dentaire la partie dentaire, que l'Ecole dentaire aurait plus de bénéfice à enseigner, à l'exclusion de l'autre.

*M. Siffre.* — Je désire soutenir les conclusions de mon rapport. Actuellement la loi de 1892 laisse l'exercice à deux catégories de praticiens : aux chirurgiens-dentistes et aux docteurs en médecine. Cependant, quand le concours pour la nomination des dentistes des hôpitaux s'est ouvert, les premiers en ont été écartés. Est-il donc indispensable d'être docteur pour exercer l'art dentaire ? Non, si le chirurgien-dentiste est instruit comme nous le voulons. La spécialisation est nécessaire et, à côté du titre légal de docteur, les médecins ont l'habitude de choisir une spécialité ; on n'est même pas éloigné de délivrer des diplômes spéciaux pour les diverses branches de la médecine. Eh bien ! il faut que le chirurgien-dentiste ait une connaissance médicale égale à celle du docteur pour sa spécialité, et quand nos élèves passeront par les Ecoles de médecine, si on leur reproche leur ignorance, ils pourront s'en prendre aux doyens des Facultés de médecine. Je ne vois pas pourquoi nous pouvons exercer à cabinet ouvert à Paris, tandis que les hôpitaux nous sont fermés. Je ne crois pas que dans un pays de liberté il puisse y avoir deux classes de citoyens : les uns partis d'en bas, les autres partis d'en haut. Il s'agit simplement de savoir quel est, entre deux concurrents qui se présentent à un concours, l'un chirurgien-dentiste, l'autre docteur, celui qui est le praticien dentiste le plus capable. Laissons donc nos élèves recevoir l'enseignement médical dans les Facultés et chargeons-nous de toute la partie technique. Cherchons seulement à obtenir qu'avant d'entrer dans nos écoles les étudiants en dentisterie aient suffisamment d'instruction médicale pour ne pouvoir être taxés d'ignorance sur ce point.

*M. Godon.* — En qualité de président je crois nécessaire de limiter la durée de la discussion à 5 minutes par orateur.

*M. Touvet-Fanton.* — Il faut donner une partie de l'enseignement médical dans nos écoles et laisser nos étudiants recevoir l'autre dans les écoles de médecine ; mais nous ne pouvons être assimilés à des spécialistes médicaux ; nous sommes dentistes comme les pharmaciens sont pharmaciens. Notre profession a une partie technique sans assimilation possible ; mais nous pourrions être docteurs en odontologie, parce que c'est une science à part.

*M. Godon.* — Vous sortez de la question. Le doctorat que vous demandez est analogue à celui qui existe en Amérique, D. D. S. (*Docteur en chirurgie dentaire* ou *en science dentaire*), sauf qu'aux États-Unis c'est le titre exigé pour l'exercice et qu'ici ce serait un titre purement scientifique qui pourrait être obtenu d'une Université, comme l'a été le titre de Docteur en pharmacie. Vous pouvez en faire l'objet d'un vœu qui serait soumis à l'étude de la Commission d'enseignement pour être examiné à la séance de la Fédération à Montauban par exemple.

*M. Sauvez.* — La question posée est celle-ci :

Quelle partie des études, telles qu'elles sont faites dans les Ecoles de médecine, doit être suivie par l'étudiant en dentisterie ?

On a dit que, si nos étudiants suivent des cours dans les Facultés de médecine, ils auront moins de chance d'être refusés aux examens. C'est là un argument politique et non un argument réel. Nous avons, pour nous diriger, un exemple aux Etats-Unis : celui de l'école de Baltimore, fondée par un dentiste. Au début on y apprenait seulement la partie professionnelle, tandis que la partie médicale s'apprenait à l'école de médecine. On reconnut bientôt l'inconvénient du système et la totalité de l'enseignement fut donnée à l'Ecole dentaire. Vous vous rappelez sans doute avec quelle ardeur et avec quelle vivacité nos confrères Brophy et Harlan soutinrent dans la séance de clôture du Congrès de 1900 que toutes les matières du programme devaient être enseignées dans les écoles dentaires. Eh bien ! cet exemple d'un peuple qui a passé par les mêmes phases que nous mérite d'être considéré avec attention.

Ce n'est pas tout. Nos étudiants ont incontestablement besoin de moins de connaissances médicales que les étudiants en médecine. En anatomie par exemple il n'est pas possible qu'un cours d'ostéologie soit fait pour deux catégories d'étudiants. Le dentiste a besoin de connaître le maxillaire, tout comme le médecin, mais il a besoin de le connaître plus à fond. Il faut que le premier approfondisse plus que le second les parties qui l'intéressent spécialement. En arthrologie, en angéiologie il en est de même. Par conséquent si les étudiants en médecine et les étudiants en dentisterie suivent le même cours d'anatomie, les uns ou les autres seront lésés ; il faut donc que ces cours médicaux soient faits dans les écoles dentaires par des professeurs sachant ce qu'il faut à nos étudiants.

Il n'est pas nécessaire non plus que nos étudiants connaissent toute la pathologie ; il suffit qu'ils apprennent ce qui leur est utile, autrement c'est du temps perdu.

Pour me résumer d'un mot je dirai que les étudiants en médecine doivent connaître la médecine générale et les nôtres la médecine spéciale, et que nous devons prendre exemple sur l'Amérique.

*M. Martinier.* — Dans les Facultés de médecine les études durent plus que ne le demande M. Queudot pour nos étudiants ; il faudrait donc que les Facultés créassent des cours pour eux. Or, les Facultés font passer nos examens d'une façon insuffisante, elles n'ont pas de programme et les épreuves sont extrêmement embarrassantes. Si elles n'ont pas su organiser nos examens, je crains qu'elles ne sachent pas davantage organiser un enseignement qui nous donne satisfaction.

*M. Queudot.* — Elles le feront ; mais sur quoi le limitez-vous ?

*M. Martinier.* — Sur la somme des connaissances nécessaires, et le jour où nous demanderons aux Facultés de faire un programme d'enseignement, elles le feront trop large. Nous avons plus d'assurance, en faisant ces cours chez nous, qu'ils seront faits comme nous voulons qu'ils le soient, et rien ne nous empêche de nous adresser à des sommités des Facultés pour leur demander de s'en charger.

*M. d'Argent.* — Je tiens à féliciter M. Sauvez de ses arguments. Il y a, en effet, un grand pas entre la théorie et la pratique et je me proposais d'attirer votre attention sur ce point lorsque M. Sauvez est intervenu dans le même sens. Les théoriciens cherchent la solution dans leur esprit et elle reste sur le papier, tandis que les praticiens l'étudient dans son application et que leur jugement est plus net. Il est certain que toute la médecine n'est pas indispensable à l'étudiant en dentisterie et le professeur chargé de faire en même temps des cours pour les médecins et les dentistes ne pourrait s'y reconnaître.

Du reste, quand les dentistes se sont groupés en société pour créer et donner l'enseignement professionnel, avaient-ils l'intention de se le réserver entièrement ? Oui, autrement ils auraient prié les Facultés de le faire, ce dont ils se sont bien gardés. Eh bien, si les dentistes ont la possibilité de conserver la totalité de leur enseignement, ils doivent être prêts aux plus grands sacrifices pour n'en rien céder. Certes, au point de vue médical et pour quelques cas, l'étudiant aura besoin d'assister à la consultation de l'hôpital, voire même au lit du malade ; mais, en dehors de cela, nous pouvons donner à l'étudiant, dans nos écoles, la totalité de l'enseignement dentaire.

La dissection elle-même pourrait parfaitement se faire chez nous, évitant ainsi le déplacement de nos élèves ; c'est une question de budget, et, le jour où nous pourrions y mettre le prix, nous aurions toutes les pièces disséquables et les leçons dans nos écoles.

L'art dentaire est une spécialité qu'on aurait tort de vouloir détacher de la médecine ; il lui emprunte beaucoup de choses, de même que l'oculistique et comme toutes les spécialités ; mais comme celles-ci et plus que celles-ci même il fait aussi partie de beaucoup d'autres sciences ou arts, de sorte qu'il convient de ne le détacher de rien, de le rattacher à tout. C'est aussi pourquoi il ne peut être revendiqué par aucun d'eux, à l'exclusion des autres.

*M. Touvet-Fanton.* — Pour ma part, je ne veux pas m'éloigner de l'enseignement médical, au contraire.

*M. Siffre.* — M. d'Argent a bien précisé ma pensée : il y a une partie de l'anatomie — la dissection — que nous demandons ailleurs, parce que nous ne pouvons pas l'enseigner chez nous.

*M. Godon.* — La question soulevée par M. d'Argent au sujet de la présence des étudiants en dentisterie à l'hôpital a été discutée à l'Assistance publique avec les représentants de l'Administration et moi, de concert avec MM. les Drs Launois et Sébileau, et nous nous sommes unanimement mis d'accord sur un point : l'inutilité de la présence de l'étudiant en dentisterie au lit du malade, parce que les malades couchés font rarement partie de la clientèle du dentiste et dans tous les cas sont à ce

moment sous la direction d'un médecin. — Les malades de l'hôpital que l'étudiant en dentisterie peut utilement examiner pour son instruction sont les malades *allant* et *venant*, c'est-à-dire ceux de la consultation externe. Dans tous les cas, il ne s'agit pas là d'un enseignement de Faculté de médecine, mais d'un enseignement organisé pour une Ecole dentaire dans un ou plusieurs hôpitaux prêtés dans ce but par l'Administration de l'Assistance publique, et c'est l'Ecole dentaire qui paie l'Assistance publique ou ses professeurs et détermine le programme de l'enseignement. — Quant à la dissection, je réponds de même à M. Siffre que c'est encore moi qui l'ai organisée volontairement comme représentant des deux Ecoles. J'avais pouvoir de M. Damain, alors directeur de l'Ecole odontotechnique, et j'ai traité les conditions de cette organisation avec le représentant de l'Assistance publique, le directeur de Clamart, M. le professeur Quénu et M. Worms, membres du Conseil de surveillance. — Clamart est pour nous un institut spécial d'anatomie qui donne un enseignement déterminé à nos élèves dans certaines conditions. Le décret de 1893 nous impose seulement d'avoir un laboratoire de dissection ; nous l'avons à Clamart, moyennant 6.000 francs par an environ, parce qu'il y est bien organisé et que les règlements de police rendent difficile l'organisation de la dissection dans les Ecoles. — Quant aux facultés de médecine ce sont des écoles professionnelles pour faire des médecins et non des dentistes.

*M. Siffre.* — On enseigne théoriquement diverses parties de la pathologie que nos élèves ne voient jamais. Je suis de l'avis de M. Sauvez; je ne veux pas que nos élèves aillent à la Faculté; d'ailleurs, tous les étudiants en médecine n'y vont pas. Je veux simplement que nos étudiants voient des malades avec des lésions ayant des rapports avec les lésions dentaires, pour qu'on dise d'eux qu'ils savent le nécessaire. Si nous pouvons organiser cela dans nos écoles, c'est parfait, mais l'enseignement étant libre, une autre école peut ne pas le faire. Il faut donc que l'étudiant aille à l'hôpital pendant un certain temps, que l'autorité le contrôle et qu'on ne puisse pas l'accuser d'ignorance.

Je propose en conséquence le renvoi de la question suivante à la commission d'enseignement pour faire l'objet d'un rapport à Montauban : « Quelle est la somme d'enseignement médical que le chirurgien-dentiste doit acquérir dans l'état actuel de l'art dentaire et quels sont les moyens de l'acquérir en conservant l'autonomie de l'art dentaire? »

*M. d'Argent.* — Un renvoi est considéré comme un enterrement. Je suis d'avis qu'on recueille d'abord des opinions sur cette idée d'autonomie.

*M. Roy.* — Elle n'est pas en cause, puisqu'on vous dit que toutes les études dentaires doivent se faire dans les écoles dentaires. Mais pourquoi substituer ce texte à celui que je présente ?

*M. Siffre.* — On discute la 3e question de Stockholm : « Quelle partie des études, etc... », et comme cette question n'est pas suffisamment étudiée, je demande qu'elle soit étudiée de nouveau par la Commission et fasse l'objet d'un rapport à Montauban.

*M. Godon.* — M. Roy vous propose de trancher définitivement la question et M. Siffre vous propose de la renvoyer à la session de Montauban,

pour y prendre une décision, en y introduisant dès à présent le mot *autonomie*.

*M. Roy.* — La question d'autonomie est très nette dans mon rapport dont quelques orateurs, dans cette séance, me paraissent complètement ignorer les termes, aussi je vous demande la permission de vous relire la partie afférente à cette troisième question. (L'orateur lit ce passage, voir p. 495, n° du 30 mai.)

M. Siffre paraît croire que, si l'on a évincé les chirurgiens-dentistes du concours des hôpitaux, c'est parce qu'on ne leur reconnaissait pas de connaissances médicales suffisamment étendues; c'est une erreur absolue : ils ont été écartés simplement *parce que dentistes;* et, eussent-ils été cent fois plus instruits en ces matières que les docteurs en médecine, qu'on les eût écartés toujours pour la même cause. Il est donc inutile de chercher à faire des concessions à l'esprit stomatologique dans l'espoir de faire disparaître ces préventions injustifiées, c'est peine perdue.

Quand on veut tuer son chien, on dit qu'il a la rage; pour l'Assistance publique et les Facultés, les dentistes auront toujours la rage. Il faut donc forcer la considération publique en faisant des futurs dentistes des praticiens habiles et instruits ; pour cela il faut faire de l'enseignement pour l'enseignement lui-même d'après la conception que nous jugeons la meilleure, et non pour s'attirer les bonnes grâces de corps constitués dont l'hostilité ne cesserait qu'au prix de notre suicide en tant que profession autonome ; il s'agit non pas de choisir des professeurs, mais un enseignement. Supposez qu'on obtienne la création de cours dentaires dans les Facultés; croyez-vous que ces cours seraient ce que nous voulons qu'ils soient? Ce serait le premier pas dans notre accaparement. Je ne pense pas qu'il soit nécessaire que l'Etat intervienne en toute chose; il fait du reste payer très cher les présents qu'il donne.

En ce qui concerne le stage hospitalier, il faut qu'on y montre à nos étudiants des malades les intéressant en vue du but particulier qu'ils poursuivent. Vous n'obtiendrez cela qu'avec des consultations faites exclusivement pour eux, où l'on s'efforcera de faire ressortir tous les points se rattachant de près ou de loin, aux affections qu'ils auront à traiter plus tard.

Nous sommes naturellement portés à juger nos questions professionnelles avec parti pris ; aussi prendrai-je en terminant l'opinion de deux étrangers à notre profession, de deux hommes qui peuvent faire autorité en la matière, Sir Michaël Foster et le Dr Joseph Griffiths, respectivement professeurs de physiologie et de chirurgie à l'Université de Cambridge, qui ont prononcé les paroles suivantes l'an dernier à Cambridge, au moment de la session de la F. D. I. Voici d'abord ce que disait Sir Michaël Foster :

« Le dentiste, comme le médecin, a besoin d'une instruction générale et d'une instruction spéciale. Que dire de la première ? Quand je dis *dentiste*, je parle du dentiste scientifique, de celui qui agit non par une simple règle manuelle, mais dans la plénitude du savoir scientifique et d'après des principes scientifiques, car c'est seulement celui-là, j'imagine, qui nous intéresse ici. Que doit donc connaître le dentiste scientifique en matière d'instruction générale ?

Je pense ne pas me tromper en disant que, comme le médecin, il doit posséder une connaissance générale de la pathologie. Il a affaire à la maladie, aux maladies des dents et même de la bouche et il doit bien connaître les vérités générales de la pathologie. Il n'a pas besoin d'entrer dans les détails de la maladie plus avant qu'il n'est nécessaire pour comprendre les processus morbides généraux et les voies communes par lesquelles l'organisme vivant peut éprouver les atteintes de la maladie. Mais il peut avec avantage être amené à consacrer un temps considérable à cette partie de la pathologie qui enseigne comment beaucoup des maladies auxquelles l'individu est exposé, même dans les parties les plus dures de son organisme, sont l'œuvre d'organismes infiniments petits, sont des fléaux engendrés par des bâtonnets invisibles. Ce que nous appelons la bactériologie doit, en tant qu'il s'agit des maladies, être une partie essentielle du savoir de chaque dentiste. En outre, le dentiste a besoin, comme le médecin, d'une connaissance de la physiologie et de l'anatomie lui permettant de comprendre la pathologie, mais il n'a pas besoin d'approfondir l'étude de l'anatomie topographique du corps et il peut remplacer cela par la connaissance de l'anatomie et de la physiologie des dents, plus complètement et plus spécialement que cela n'est nécessaire pour le médecin. Une pareille instruction générale est plus ou moins commune au dentiste et au médecin ; mais le premier a également besoin d'une instruction générale, c'est-à-dire préparatoire, absolument inutile pour le second »

Quant à M. Griffiths, il est encore plus catégorique, comme vous allez le voir, et répond textuellement à la question qui est posée ici :

« Comparons maintenant les besoins de ces deux praticiens (*le médecin et le dentiste*). Le premier a besoin de la connaissance de la structure détaillée et des fonctions de tout le corps, mais le dentiste n'a besoin que de la connaissance de la structure détaillée des dents et des maxillaires et une idée générale du reste de l'organisme humain. Un médecin n'a besoin que d'une idée générale, mais exacte, du travail mécanique, mais le dentiste a besoin d'une connaissance approfondie de ce dernier, de façon à pouvoir exécuter son travail avec soin. Un médecin a besoin de la connaissance détaillée de tous les processus morbides et de leurs causes connues, mais un dentiste a besoin d'une connaissance particulière des processus morbides des dents et des mâchoires et seulement d'une idée générale des processus morbides du reste du corps.

» Cette comparaison montre assez clairement que l'instruction du médecin ne concorde pas avec celle du dentiste, excepté sur quelques points.

» Même en anatomie et en physiologie, où leur action se rapproche le plus, l'étudiant en dentisterie a besoin de ce qui lui donnera une compréhension exacte des dents et de leurs rapports et de leurs relations avec le reste du corps, tandis que l'étudiant en médecine doit connaître à fond le corps tout entier. Bien entendu, plus un dentiste connaît le corps humain et toute question qui s'y rattache, plus il sera instruit d'une façon générale, mais il ne sera pas nécessairement mieux préparé à l'exercice de sa profession.

» Je vous recommanderai donc vivement de ne pas imiter l'instruction que reçoit un étudiant en médecine, mais de continuer dans la voie qui forme un dentiste pour sa profession du commencement à la fin, de ne poursuivre qu'un seul but et de vous efforcer d'obtenir un résultat défini. N'essayez pas de faire d'un médecin un dentiste, mais faites commencer et finir un dentiste comme tel.

» Cet enseignement du dentiste peut-il être donné parallèlement à celui du médecin ? C'est là la question vraiment importante. J'y réponds négativement sans hésiter. L'anatomiste peut enseigner à l'un ou à l'autre, mais il ne peut enseigner

aux deux à la fois sans donner à l'un beaucoup plus qu'il ne lui faut et en ne donnant pas suffisamment à l'autre. Il en est de même du physiologiste. Je prétends donc que leurs cours doivent être distincts et organisés de façon à poursuivre le résultat nécessaire. »

En résumé, de tout cela résulte donc bien la nécessité absolue d'organiser l'enseignement autonome en prenant toutes nos garanties pour que cet enseignement ne soit pas détourné de son but et forme vraiment de bons dentistes. Aussi, à la question « Quelle partie des études, telles qu'elles sont faites dans les Ecoles de médecine, doit être suivie par l'étudiant en dentisterie ? » je propose la réponse suivante :

Toutes les études des étudiants en dentisterie doivent se faire exclusivement dans les Ecoles dentaires, sauf celle de la dissection en cas d'impossibilité d'avoir des cadavres, mais à condition que le cours soit fait exclusivement pour ces étudiants.

*M. Godon.* — Je mets aux voix cette réponse.

La réponse, mise aux voix, est adoptée.

*M. Sauvez.* — La proposition de M. Siffre pourrait venir comme complément de celle que l'on vient de voter, puisqu'elle dit :

« Quelle est la somme d'enseignement médical que le chirurgien-dentiste doit acquérir dans l'état actuel de l'art dentaire et quels sont les moyens de l'acquérir en conservant l'autonomie de l'art dentaire ? »

Nous pourrions décider son renvoi à la Commission d'enseignement pour faire l'objet d'un rapport à Montauban.

Après observations de *MM. Roy*, *d'Argent*, *Siffre* et *Godon*, la proposition ci-dessus de M. Siffre est mise aux voix et adoptée.

*M. Godon.* — La parole est à M. Ducournau, rapporteur de la Commission d'hygiène et des services dentaires publics.

*M. Ducournau* donne lecture des conclusions de son rapport. (Voir p. 509, n° du 30 mai.)

*M. Godon.* — Nous sommes tous d'accord à ce sujet, mais je fais une distinction entre un service d'inspection et un service de traitement. Pour le premier on peut ne pas être rémunéré ; pour le second la rémunération s'impose, s'il se fait chez le dentiste.

*M. Hivert.* — Je demande le remplacement dans la proposition finale des mots *puissent être rémunérés* par *soient rémunérés.*

*M. Siffre.* — Je demande, au contraire, la suppression de la mention de la rémunération.

*M. Godon.* — Je mets aux voix la première partie des conclusions, relative à la nomination de chirurgiens-dentistes.

Cette partie est approuvée à l'unanimité.

*M. Roy.* — Je suis partisan de la rémunération. Vous rendez service à la collectivité ; donc la collectivité vous doit une rémunération.

*M. Siffre.* — Il est très juste que quand on travaille on soit rémunéré.

*M. Hivert.* — Dans les institutions publiques le poste de chirurgien-dentiste n'est jamais rémunéré.

*M. Sauvez.* — Nous pouvons simplement désirer qu'il le soit, mais nous ne pouvons pas dire combien.

*M. Hivert.* — Si le service est gratuit, il ne sera pas fait.

*M. Ducournau.* — Si je demande une rémunération, c'est que je considère que nous perdons un temps très précieux, parce qu'il y a au moins 50.000 enfants à soigner à Paris. Croyez-vous que ces enfants seront sérieusement soignés si nous ne sommes pas payés ? Il faut au moins qu'on nous rembourse les matières premières employées.

*M. Page.* — J'accepte la nomination de dentistes dans les écoles, mais je n'approuve pas la rémunération. Je suis dentiste dans le 18e arrondissement ; j'examine les enfants et, quand il y a des soins à donner, j'en préviens les parents en leur déclarant que ces soins ne sont pas gratuits ; ils réfléchissent et souvent ils me chargent de les donner.

*M. Sauvez* propose la rédaction : « Il serait désirable que ces chirurgiens-dentistes fussent rémunérés. »

*M. Siffre.* — Le moyen de M. Page est habile pour se faire de la clientèle, mais il n'est pas humanitaire, et il n'est pas possible que la Fédération marche dans cette voie : nous devons émettre le principe qu'il faut que les enfants du peuple soient soignés.

*M. Page.* — Je ne m'introduis pas dans l'école ; je suis nommé par le maire.

*M. Godon.* — La loi ne permet l'entrée de l'école qu'à trois personnes : l'inspecteur, le médecin et le délégué cantonal ; aussi l'inspection dentaire que j'avais proposé de faire dans une école n'a pas été possible à cause de cela. Quant à la question de rémunération M. Cunningham, qui l'a beaucoup étudiée, me disait : « Si le dentiste n'est pas payé, le service sera mal fait ; si, au contraire, il y a rémunération, il faudra naturellement que les autorités dont dépend l'école discutent à cause de cette rémunération et, quand elles se seront décidées à rémunérer un dentiste, ses services seront appréciés. » La philanthropie n'a rien à voir dans cette question ; d'ailleurs nous la pratiquons dans nos dispensaires.

*M. Ducournau.* — Nous ne pouvons pas donner notre temps pour rien, quand nous avons besoin de gagner notre vie.

*M. Delair.* — On m'a demandé d'assurer le service dentaire dans diverses écoles parce que je suis membre du Conseil départemental d'hygiène et j'ai accepté de le faire gratuitement, car cela me laissait la latitude de le faire ou de ne pas le faire ; eh bien ! le Préfet m'a répondu : « Non, nous n'y consentons pas, parce que ce serait un précédent ; nous vous donnerons très peu, mais nous vous rémunérerons pour que ce service soit fait. » J'ai déclaré ne pouvoir souscrire à cette condition ; alors on a choisi un de mes confrères.

Quoique nous fassions de la philanthropie, il vaut mieux en principe que nous soyons indemnisés.

*M. Armand.* — A Bordeaux l'inspection dentaire existe, mais elle est gratuite, mal faite et n'est pas considérée du tout. J'examine environ 2.000 enfants par an, mais les choses ne se passent pas comme elles devraient se passer : je suis obligé d'attendre quand je me présente à l'école et je n'ai sous la main rien de ce qu'il me faut. Je demande donc que le principe de la rémunération soit adopté.

*M. Siffre.* — Nous avons à émettre des vœux. Or, M. Ducournau a

formulé un excellent principe, et si nous voulons qu'il soit appliqué, il ne faut pas réclamer de rémunération, autrement nous n'obtiendrons pas satisfaction tout de suite. Démontrons d'abord l'utilité du service, puis nous demanderons une rémunération.

*M. Page.* — Si nous demandons une rémunération, nous serons considérés comme des fonctionnaires et l'on s'occupera de nous. Demandons donc une rémunération.

*M. Ducournau.* — Ce que je réclame, c'est une indemnité pour les matières premières employées. Il faut donc calculer ce que nous sommes susceptibles de dépenser de ce chef et en demander le remboursement sous forme de rémunération.

La deuxième partie des conclusions « et qu'ils soient rémunérés pour cette fonction » est mise aux voix et adoptée.

L'ensemble des conclusions est également mis aux voix et adopté.

La lecture et la discussion du rapport de M. Lemerle sur le service militaire des dentistes et des étudiants en chirurgie dentaire sont renvoyées à la session de Montauban.

*M. Godon* propose de procéder au renouvellement du Comité exécutif.

L'assemblée décide de maintenir le Comité existant.

Le Syndicat dentaire du Centre est invité à désigner un délégué pour le représenter dans la Fédération.

*M. Godon* propose de renouveler le Bureau.

Sur la demande de *M. Hivert*, le Bureau est maintenu jusqu'à la session de Montauban.

L'Association odontologique de Bordeaux dépose des vœux, qui seront examinés dans cette session.

L'assemblée s'ajourne au mois d'août (7-14) et se sépare à 5 heures.

*Le Secrétaire général,*
E. SAUVEZ.

AVIS

Pour le compte rendu officiel, dont il sera fait prochainement un tirage spécial, prière d'adresser toutes rectifications et toutes observations à M. le Dr Sauvez, secrétaire général, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, avant le 1er juillet.

# GROUPEMENT DE L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

**Trois Médailles d'argent et une Médaille de bronze**
*à l'Exposition universelle de 1900.*

Tous les dentistes, médecins, fournisseurs pour dentistes, désirant faire partie de la Société civile de l'Ecole dentaire de Paris, de la Société d'Odontologie de Paris, de l'Association générale des dentistes de France, remplissant les conditions stipulées aux statuts, devront adresser une demande d'admission contresignée de deux membres de la Société, soit au Président du Conseil de direction de l'Ecole, soit au Président de l'Association.

Pour tous renseignements, s'adresser à l'Ecole dentaire de Paris 45, rue de La Tour-d'Auvergne.

---

## SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

BUREAU POUR L'ANNÉE 1902

MM. Dr **Roy**, ✿, *président*.
**Mendel-Joseph**, *vice-président*.
**Loup**, *vice-président*.

MM. **Touvet-Fanton**, *secrétaire général*.
**Charpentier**, *secrétaire des séances*.
**de Croës**, *secrétaire des séances*.

MM. **L. Richard-Chauvin**, I ✿.
**Touvet-Fanton**.
} *Administrateurs délégués par le Conseil de Direction de l'Ecole Dentaire de Paris.*

PRÉSIDENT HONORAIRE : M. **Poinsot**, I ✿.

Les réunions de la Société ont lieu le premier mardi de chaque mois.

---

## ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE

CONSEIL DE DIRECTION POUR L'ANNÉE 1902

BUREAU

MM. **Richard-Chauvin**, I ✿, *président*.
**Stévenin**, *vice-président*.
**Richer**, *vice-président*.

MM. **Billet**, *secrétaire général*.
**Blatter**, *secrétaire-adjoint*.
**Rollin**, ✿, *trésorier*.

PRÉSIDENT HONORAIRE : M. **Poinsot** I ✿.

MEMBRES DU CONSEIL

PARIS

MM. **Cecconi**, **Claser** ✠, **D'Argent** ✿, **Devoucoux**, Dr **Godon** ✻, I ✿, **Lemerle**, I ✿, **Martinier**, ✿, **Ed. Papot**, ⚱, ✿, Dr **Roy**, ✿, Dr **Sauvez**, ✿, **G. Viau** ✻, I ✿.

PROVINCE *(Nord-Est)*.

**Audy** (Senlis), **Cohen** (Valenciennes).

*Sud-Est*.

MM. Dr **Pont** (Lyon), **Schwartz** ✿ (Nîmes).

*Nord-Ouest*.

**Coignard** (Nantes), **Richer** (Vernon).

*Sud-Ouest*.

**Delair**, ✿ (Nevers), **Douzillé** (Agen).

MEMBRES HONORAIRES

MM. **Aubeau** (Dr) I ✿, **Berthaux**, **Debray** père, **De Marion**, ✿, **Dugit** père, **Dugit (A.)**, **Gardenat**, **Pillette**, **Ronnet** ✿, **Wiesner**, ✻, ✿.

COMITÉ SYNDICAL

MM. **Stévenin**, *président* ; **Devoucoux**, *secrétaire*; **Billet**, **Blatter**, **Papot**.

CAISSE DE PRÉVOYANCE

MM. **D'Argent**, *président*, **Billet**, **Devoucoux**, **Papot**, **Rollin**.



## INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

### LE CORPS DES DENTISTES MILITAIRES DE L'ARMÉE DES ÉTATS-UNIS D'AMÉRIQUE [1]

En conformité d'un ordre du Ministre de la guerre, le chirurgien général de l'armée des États-Unis réunit à Washington le 18 février 1901 les membres du Conseil d'examen et de surveillance de chirurgiens-dentistes. Les membres de ce Conseil avaient été d'abord nommés par le chirurgien général, avec l'approbation du Ministre, conformément à la loi portant réorganisation de l'armée votée le 2 du même mois, pour examiner les candidats au grade de chirurgiens-dentistes militaires. Le Conseil reçut aussitôt l'ordre de dresser un programme d'examen et de se tenir prêt à recevoir la première série de candidats le 25 février.

Après délibération le Conseil présenta au chirurgien général le programme suivant :

I. Les candidats doivent subir un examen écrit et oral satisfaisant sur les matières théoriques suivantes, qui représentent le programme d'études des écoles dentaires faisant partie de l'Association nationale des Facultés dentaires, savoir : anatomie, physiologie, histologie, physique, métallurgie, chimie, anatomie dentaire, physiologie dentaire, matière médicale dentaire, thérapeutique dentaire, pathologie dentaire, bactériologie, orthodontie, chirurgie buccale, dentisterie opératoire et prothétique.

II. Les candidats doivent prouver à la satisfaction du Conseil leur habileté à exécuter toutes les opérations dentaires usuelles et le travail de laboratoire par des épreuves cliniques sur des patients fournis à cet effet.

Ces épreuves sont les suivantes :

*Dentisterie opératoire.* — 1° Examen et exposition de l'état de la bouche et des dents. — 2° Préparation de cavités avec des instruments à main et le tour dentaire. — 3° Instrumentation et technique.

1. Ces renseignements sont extraits d'une communication faite à l'Association dentaire nationale, dans son congrès de Milwaukee tenu du 6 au 9 août 1901, par M. John S. Marshall, dentiste militaire de la garnison de San Francisco (Californie) et président de la Commission d'examen et de surveillance des chirurgiens-dentistes militaires. Cette communication a été publiée *in extenso* dans le *Dental Digest* de novembre 1901.

— 4° Préparation et manipulation de matières obturatrices. — 5° Insertion d'obturations. — 6° Traitement et obturation de canaux radiculaires et préparation de racines pour des couronnes à pivot. — 7° Technique de l'enlèvement des dépôts calcaires. — 8° Application de la digue, de séparateurs métalliques, de matrices, etc. — 9° Diagnostic, pronostic et traitement des maladies de la bouche. — 10° Soins et stérilisation des instruments et des mains.

*Dentisterie prothétique.* — 1° Empreintes en plâtre de Paris et en compositions à modeler, moulage, articulation et antagonisme. — 2° Confection d'un dentier en vulcanite. — 3° Confection de la matrice et du poinçon d'après le modèle, en sculptant le modèle édenté dans un bloc solide de plâtre de Paris, — 4° Confection d'une plaque estampée avec attaches en métal et en caoutchouc, de deux couronnes (bicuspide et molaire) et d'une couronne Richmond. — 5° Confection d'attelles interdentaires (Dunning et Kingsley).

Une moyenne de 95 o/o est exigée pour chaque matière dans l'épreuve théorique et de 85 o/o dans l'épreuve pratique.

Le chirurgien général donna son approbation à ce programme qui fut mis à exécution par le Conseil. L'examen dura 15 jours, la première semaine étant consacrée aux épreuves théoriques, la deuxième aux épreuves pratiques. Les patients furent fournis par l'hôpital général, la caserne Washington et le fort Meyer.

La plus grande partie des candidats qui réussirent dans les épreuves avaient 2 à 5 ans de pratique. Le résultat fut le suivant :

| | |
|---|---|
| Candidats inscrits.................. | 86. |
| — qui firent défaut........... | 16. |
| Nombre d'examinés................. | 70. |
| Admis et nommés.................... | 19. |
| Refusés pour des causes physiques..... | 8. |
| Examinés et refusés.................. | 3. |
| Ont échoué à l'examen théorique...... | 7. |
| Se sont retirés avant la fin des épreuves. | 33. |
| Age moyen des candidats admis........ | 27 ans. |

Aux 19 candidats nommés après examen il y a lieu d'ajouter les 5 dentistes nommés directement par le chirurgien général sans examen, conformément à la loi, plus les trois membres de la commission, de sorte que le nombre total des dentistes militaires est de 27, dont la plupart sont attachés aux corps de troupes qui opèrent aux îles Philippines.

Les épreuves pratiques eurent lieu avec tous les accessoires nécessaires (instruments, appareils, outils, etc.) fournis par le Ministère de la guerre dans un local approprié.

Chaque dentiste militaire est pourvu d'une cantine contenant tous les instruments nécessaires et toutes les fournitures pour 3 mois ; elle est assez légère pour être portée par 2 mulets de bât avec un petit meuble de campagne, 2 tables pliantes et 2 fauteuils pliants.

La Commission s'est également occupée de la confection d'une nomenclature dentaire qui assurera l'uniformité dans l'enregistrement des opérations dentaires et des rapports mensuels des dentistes militaires. Elle a imaginé un système consistant à désigner les dents par des nombres, à indiquer la situation et le caractère des cavités cariées, la nature des matières obturatrices employées, la nature et le caractère des autres opérations et le traitement des dents malades au moyen de lettres et d'une combinaison de lettres assez simple pour être apprise en une heure ou deux.

Ces rapports permettront d'étudier l'étiologie des maladies dentaires et buccales et serviront au bureau des pensions pour reconnaître les demandes de pensions frauduleusement basées sur une inaptitude physique attribuée à la perte des dents pendant le service.

Le nombre des chirurgiens-dentistes militaires a été fixé à 30, conformément aux dispositions de la loi de réorganisation de l'armée. Les soins dentaires ne doivent être donnés qu'aux officiers et aux hommes de l'armée régulière et des corps de volontaires. De 9 heures du matin à 4 heures du soir le dentiste militaire doit tout son temps aux troupes ; en dehors de ces heures, il est autorisé à soigner des civils et à percevoir des honoraires, à condition d'en rendre compte dans son rapport mensuel.

D'après les renseignements parvenus jusqu'à présent, les dentistes militaires ont été parfaitement accueillis par le corps d'officiers et ont trouvé ample matière à leur activité.

---

## Congrès d'Helsingfors.

Un Congrès des naturalistes et médecins du Nord aura lieu à Helsingfors (Finlande) du 7 au 12 juillet. Il comprendra trois assemblées générales et des séances de sections. Il est divisé en onze sections, dont la dernière est consacrée à l'odontologie.

Le programme des communications orales déjà annoncées pour cette section est le suivant :

Andresen V. (Veile, Danemark), à propos de la microscopie des dents.

Christensen C. (Copenhague), articulateur rationnel. Démonstration

Ekström Im. (Gothembourg), expériences faites avec la « nervocidine ».

Gormsen L. (Copenhague), quinze années d'expériences avec les obturations à l'aide de l'or et de l'étain.

Haderup V. (Copenhague), épulis et autres néoplasmes. Démonstration.

Haderup V. (Copenhague), éruption difficile de la dent de sagesse inférieure. Nouvelle manière de voir.

Haderup V. (Copenhague), obturations à l'aide des rouleaux d'or du Dr Herbst. Démonstration.

Haderup V. (Copenhague), extraction de dent avec résection alvéolaire.

Haderup V. (Copenhague), anesthésie à l'aide de bromure d'éthyle et de chlorure d'éthyle.

Hahl G. (Berlin), sur les principes de la reconstitution des maxillaires à l'aide de la prothèse.

Hahl G. (Berlin), démonstration d'articulateurs nouveaux.

Hedström G. (Stockholm), sur l'amalgame.

Sjöberg E. (Stockholm), sujet encore inconnu.

Weber Th. (Helsingfors), réimplantation, transplantation et implantation de dents.

Wegh W. (Copenhague), dentistes militaires.

Wessler J. (Stockholm), du journalisme odontologique.

Ayräpää M. (Helsingfors), du traumatisme nasal.

Cette liste sera complétée ultérieurement.

Les demandes d'admission doivent être adressées avant le 1er juillet au secrétaire général, M. F. Elfving, professeur à l'Université. Elles seront accompagnées du montant de la cotisation, fixée à 17 fr. 50.

La carte de membre donne le droit d'assister au Congrès, de visiter les Musées et les collections de la ville, de recevoir les comptes rendus et d'assister aux réceptions.

Pour les discours et discussions toutes les langues sont admises.

Deux banquets auront lieu pendant le Congrès. Quatre excursions géologiques et géographiques, dont les frais ne dépasseront pas 20 francs par jour et par personne, sont organisées pour les congressistes.

Pour retenir un logement à l'avance s'adresser au *Comité pour le logement des membres du Congrès des naturalistes.*

Dans les gares des chemins de fer finlandais, y compris celle de Saint-Pétersbourg, il sera délivré gratuitement, sur la présentation de la carte de congressiste, du 27 juin au 22 juillet inclus, un billet de 2e classe, aller et retour, pour Helsingfors.

Les compagnies de navigation accordent des réductions de 25 à

50 o/o aux congressistes sur le prix des billets, qui sont valables pour deux mois (aller et retour).

R. H.

---

## Congrès de Montauban.

Le Congrès de Montauban (7-14 août) s'annonce sous les plus heureux auspices. Indépendamment des communications orales et des présentations déjà annoncées, il comprendra une série de démonstrations pratiques organisées par la Société des dentistes du Midi.

Notre distingué confrère M. Aguilar, de Madrid, nous a assuré de sa présence et profitera du Congrès pour inviter officiellement les dentistes français à prendre part au Congrès de Madrid en 1903.

Les communications annoncées jusqu'à présent sont les suivantes:

*Dr Frey*, Prothèse immédiate du maxillaire inférieur.

*Dr Frey*, Rapports pathologiques entre les articulations temporo-maxillaires et les dents.

*Dr Frey et Georges Lemerle*, Étude sur le leptothrix racemosa.

*Rigolet*, De l'action antiseptique de la cataphorèse en art dentaire.

Nous publierons dans un prochain numéro la liste des adhésions.

# ADRESSES UTILES



# CORRESPONDANCE

La lettre suivante a été adressée par M. le Dr Rolland, directeur de l'École dentaire de Bordeaux, M. le Dr Pinet, professeur d'anesthésie à l'École dentaire de Paris.

Paris, le 30 mai 1902.

Monsieur et très honoré confrère,

J'ai lu avec le plus grand intérêt les observations que vous avez publiées avec le concours de M. Jeay et sous la rubrique : « Contribution à l'Étude du Somnoforme » dans le dernier numéro de *L'Odontologie*.

Ces observations présentent à peu près la moyenne de ce qu'on peut attendre du somnoforme quand les soucis bien légitimes que la prudence exige au début rendent encore un peu timide l'administration de cet anesthésique. Je suis certainement convaincu qu'avec votre compétence en matière d'anesthésie et votre autorité reconnue vous obtiendrez dans la suite infiniment mieux que vous ne l'avez déjà fait, sur les nouveaux patients que vous soumettrez à votre étude.

Il est cependant un point dont vous êtes le premier à parler, que j'avais observé et où vous me devancez en confirmant mon opinion : c'est la constatation de cette sensation d'étouffement, de « *soif d'air* », qui arrête chez certains un instant la respiration dans un mouvement d'effort qui *rosit* et non bleuit la face. Cette contraction supprime l'absorption du gaz le plus diffusible, le chlorure de méthyle, l'instantanéité de son action qui chez des gens non apeurés produit la sidération en 12 ou 18″, maximum.

C'est donc un véritable service que vous rendez à la science, à la méthode nouvelle que je préconise et que je considère comme un grand progrès que d'indiquer du coup une de ses défectuosités et le moyen d'y remédier.

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Maintenant, mon cher confrère, il est un point d'observation sur lequel nous différons, c'est la tension artérielle.

Loin de diminuer, comme il vous a paru, pendant l'administration du somnoforme, la tension artérielle augmente. J'ai étudié la chose avec soin. J'ai pris des tracés sphygmographiques que je vous ferai

tenir dès ma rentrée; dans les laboratoires de M. Sabrazès, à la Faculté de médecine de Bordeaux, nous avons éprouvé la tension artérielle avec le sphygmo-manomètre de Potain et nous avons toujours — *toujours* — observé une élévation de cette tension au début, un plateau pendant l'entretien de cette anesthésie, et une dépression très légère, de moins d'un degré, dans les quelques minutes qui suivent le réveil, en résumé, les phénomènes physiologiques qui suivent une excitation nerveuse.

J'aurai l'honneur de vous envoyer les courbes.

J'ai, de plus, suivi le sang par des examens cryoscopiques méticuleux et répétés, que je publierai en temps utile et dont je vous donnerai également communication, et soit dans la numération des différents globules, soit dans leurs modifications je n'ai obtenu que des oscillations physiologiques et il résulte enfin que le pouvoir d'hématolyse du somnoforme est jusqu'ici, dans mes expériences, le moindre de tous les anesthésiques.

Mais tout ceci, vous le savez mieux que personne, mon cher confrère, demande des semaines et des mois d'études ; aussi ne saurais-je trop vous exprimer ma reconnaissance, ainsi qu'à M. Jeay, pour le concours si efficace, qu'en hommes éclairés vous m'apportez, et aussi du pas immense que vous me semblez faire faire à une méthode que je crois un réel progrès scientifique.

Recevez, etc.

D[r] G. Rolland.

P.-S. — Vous m'obligeriez de donner connaissance de ma lettre à M. Jeay et, s'il vous plaît de lui accorder les honneurs de la publicité, je n'y contredis pas et je vous laisse juge.

M. le D[r] Pinet a répondu à cette lettre par la note suivante :

L'augmentation de la tension artérielle est donc un fait acquis : les travaux du D[r] Rolland établissent ce point important.

En effet, cette augmentation de la tension artérielle doit rendre prudent en ce qui concerne l'administration du somnoforme chez les malades atteints de dégénérescence artérielle par exemple, de même chez les congestifs.

L'observation suivante présente un grand intérêt.

M[me] B., tuberculose, torpide du sommet gauche en arrière, craquements, pas de phénomène congestif, pas d'hémorragie précédente. Violente excitation, vomissement après quelques inhalations. L'anesthésie ne fut pas parfaite.

Trente minutes environ après l'opération, la malade fut prise d'une hémorragie intense qui nécessita dans l'après-midi la visite du médecin ordinaire de la malade.

Cette observation montre donc que le somnoforme est contre-indiqué dans la tuberculose pulmonaire, *a fortiori* dans la bronchite congestive.

L'augmentation de la tension artérielle, l'action vaso-dilatatrice due très vraisemblablement à la présence du bromure d'éthyle expliquent l'effusion sanguine.

Les observations relatant les incidents ou les accidents sont utiles, elles précisent les applications d'une substance appelée, selon moi, à un grand avenir.

J'ai demandé à cet égard l'avis du Dr Bardet dont la compétence est bien connue.

Pour lui l'hémorragie nasale que j'ai signalée et l'hémophtysie qui s'est produite chez les tuberculeux sont plutôt le fait de la vaso-dilatation intense consécutive à la réfrigération occasionnée sur les muqueuses par le chlorure de méthyle.

Ce corps possède en effet un pouvoir réfrigérant des plus marqués.

Il se produit sur une muqueuse une action plus intense que pour la peau et c'est le phénomène réactionnel qu'il faut incriminer comme facteur principal de l'hémorragie.

Dr C. PINET.

3 juin 1902.

---

## A PROPOS DU SOMNOFORME.

Le bruit d'une mort causée par le somnoforme chez un dentiste de Lyon qu'on désignait a été répandu ces jours derniers.

Nous sommes en mesure de démentir formellement cette nouvelle.

B.

# DEMANDES ET OFFRES

**PRIX** d'une CASE, dans 3 numéros........................ **8** francs.
**payable d'avance.** (Pour les Abonnés de *L'Odontologie*. **5** » ).
*L'Administration de* L'Odontologie *est à la disposition des vendeurs ou acheteurs pour transmettre aux intéressés les lettres adressées aux initiales indiquées, mais il est bien entendu que son rôle se borne à cette transmission.*

---

*A céder de suite*, pour *cause de santé*, dans un des beaux quartiers de Lyon,
1 **CABINET DENTAIRE** fondé depuis 7 ans et ayant une *très belle clientèle*. —
S'adresser à M. Steininger, 21, Cours Morand, à Lyon. (89-14)

---

**A CEDER Cabinet dentaire,** dans une *Ville d'eaux* au *bord de la mer*, 12.000 h.
— Prix 6.000 fr. — Loyer 750 fr. dans villa particulière, sous-location 300 fr. —
2 Seul cabinet dans la ville. — Le chiffre d'affaires peut être doublé en se déplaçant pour exploiter les environs. — Ecrire *par poste* aux initiales G. C.-H., aux soins de M. Papot, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, à Paris. (23-5)

---

**A REMETTRE, Excellent cabinet,** pour cause de *changement de résidence*
3 *obligatoire* par suite d'héritage. 1 cabinet, succursale, 2 lycées, fait 13 à 15 mille, loyers 600, contributions 150, compris le 2e cabinet. Belle habitation, maison seule, double matériel opératoire, on laisserait tout ou partie du matériel ou pas du tout. Excellente situation à jeune homme sérieux et capable (catholique), prix à débattre pour matériel. Pour la reprise seule prix insignifiant 10.000 fr.
4 environ avec facilités. On s'arrangerait de toute façon avec jeune homme habile et sérieux. — Ecr. MM. Raymond frères, 44, Pl. République, Lyon. (26-27-7)

---

**UN DIPLOMÉ** de **l'École** et de la **Faculté** désire un emploi **d'opérateur** à **Paris**,
5 *prendrait volontiers par la suite succession d'un Cabinet* de **moyenne importance**.
Ecrire *par poste* aux initiales M. J. T. aux soins du Journal. (31-4)

---

**Pour cause de départ. BON CABINET à céder de suite.** *Clientèle sérieuse.*
Affaires 28 à 30000 fr., comptabilité bien en règle. Peu de crédit. Il est nécessaire
6 de *parler anglais*. Ecrire par poste aux initiales L. L. L., aux soins de M. Papot, 45, rue de La Tour-d'Auvergne. (33-4)

---

**ASSISTANTE DEMANDÉE** à *l'étranger (Europe), climat excellent*, **Dame** ou
**Demoiselle** connaissant bien les soins dentaires et la prothèse, pour seconder
7 **Dame chirurgien-dentiste**, possédant *clientèle distinguée*. — Logée, nourrie et entretenue, voyages payés, appointements à débattre. Ecrire *par poste* (affranchir à 0 25) à l'initiale D., aux soins de M. Papot, 45, rue de la Tour-d'Auvergne. (38-4)

---

**Cabinet de dentiste** dans une *grande station balnéaire* près de Bordeaux **A CÉDER** après **DÉCÈS**, dans des conditions avantageuses. — Clientèle sérieuse et attachée s'étendant dans toute la région, soins de bouche et travaux de prothèse. — Outillage et matériel très complets. — A prendre ou à
8 laisser une grande maison d'habitation confortable, tant au point de vue de la profession qu'au point de vue habitation. — Bien située et entourée de jardins et à proximité des Bains. — Affaire pouvant convenir particulièrement à dentiste de Paris, avec ou sans famille. — Présence nécessaire en août, septembre et octobre. — Pour tous renseignements, s'adresser à Paris, à Madame B. Ozenne, 3, avenue de l'Observatoire. (39-4)

---

9 **Jeune homme** *finissant ses études;* connaissant les **aurifications** et la prothèse demande place d'**OPERATEUR** pour l'*après-midi*. Bonnes références. Ecrire aux initiales P. B. aux soins de M. Papot, 45, rue de la Tour-d'Auvergne. (40-3)

---

***A CÉDER*** pour ***cause de santé,*** dans ville du ***Midi, belle clientèle*** y compris celle d'un Lycée, créée depuis 25 ans ; cette clientèle qui n'a été visitée que 4 ou 5 jours par mois, a produit de
10 8 à 9 mille francs d'affaires par an. Négligée, pour cause de maladie, depuis quelque temps, la clientèle serait vite ramenée et serait susceptible d'être considérablement augmentée avec de la publicité. Six mille francs comptant. Ecrire par poste aux initiales C. A. au bureau du Journal, aux soins de M. Papot. (41-3)

---

11 **Chirurgien-Dentiste** (F. M. P.), diplômé de l'Ecole Dentaire de Paris, demande **PLACE OPÉRATEUR,** Paris ou province. Ecrire à A. H. G. aux bons soins de M. Papot, 45, rue de la Tour-d'Auvergne. (42-3)

---

12 **A CÉDER** pour *cause de maladie* **Cabinet à Paris.** — Affaires 14.000 fr. S'adresser à MM. Contenau et Godart, 7, rue du Bouloi. (43-3)

---

13 *ANCIEN COMPTABLE. 15 ans dans la même maison,* ***références sérieuses,*** demande *emploi aux écritures* de préférence chez dentiste, ou gérance. Ecrire par poste aux initiales F. F. aux soins de M. Papot. (44-2)

*(Voir la suite page 572.)*

# TRIBUNE OUVERTE.

## QUESTIONS ET RÉPONSES.

N. B. Nous sommes à la disposition de nos lecteurs pour publier les questions qui nous seront adressées et nous serions heureux que cette insertion provoquât des réponses, que nous accueillerons, tout en *déclinant toute responsabilité au sujet des opinions émises.*

Toutefois nous ne pouvons donner suite qu'aux questions ou réponses signées; mais la publication peut en être faite sous un pseudonyme choisi par l'auteur. *Prière de ne pas insérer ces communications dans le corps d'une lettre, mais sur feuillet spécial écrit d'un seul côté.*

? Nº 172. — *A quoi faut-il attribuer la teinte rougeâtre que prennent certaines dents anglaises après le travail de la soudure?* J. P.

? Nº 190. — *Y a-t-il différentes qualités de dents artificielles d'une même marque? Les fournisseurs peuvent-ils ainsi acheter des dents de qualité inférieure, ce qui expliquerait le grand nombre de fractures des dents artificielles?*

A. A.

? Nº 193. — *Quels sont les traités et manuels sur l'Orthodontie et les redressements les plus importants en* FRANÇAIS, *en* ALLEMAND *et en* ANGLAIS?

Dr H.

? Nº 197. — *L'opération du bec-de-lièvre par la méthode Brophy a-t-elle été faite à Paris et par qui? Quel âge est exigé pour cela?* E.

? Nº 199. — *Mes confrères ne sont-ils pas d'avis comme moi de donner une forme carrée ou triangulaire aux têtes des crampons pris dans la porcelaine des dents? — La force de ces crampons ayant beaucoup diminué depuis quelque temps, il s'ensuit qu'avec leurs têtes rondes ils tournent et se déprennent avec une grande facilité.* A. D.

? Nº 200. — *Le* Dental Cosmos *de décembre 1899 a reproduit une gravure du buste d'Horace Wells. Où peut-on trouver une photographie ou une meilleure gravure de ce buste, ou quelque autre portrait de cette gloire de notre profession? Existe-t-il aussi des portraits de Jackson et de Morton?* R. B.

? Nº 205. — *Combien y a-t-il de dentistes établis: 1º dans toute la France, 2º à Paris seulement?*

? Nº 206. — *Un dentiste patenté en 1890, mais ayant cessé d'exercer en 1891, peut-il s'établir aujourd'hui?*

☞ *Réponse.* — Nous avons déjà examiné la question posée dans *L'Odontologie* (1901, II, 209, sous le nº 180).

Nous ajouterons aux décisions citées : *Cass. crim.* 18 avril 1901; — *Cass. crim.* 4 avril 1901 (2 arrêts du même jour).

F. W.

## Avis relatif au recouvrement des cotisations

**Les membres de l'Association et les abonnés du Journal domiciliés dans les *Colonies* ou à l'*Etranger*, qui ont des *cotisations en retard*, sont priés de bien vouloir en adresser le montant, en un mandat-poste international ou en un chèque sur un établissement financier de Paris.**

**Pour L'ASSOCIATION, au *Trésorier :* Jules d'Argent................ }**
**Pour le JOURNAL, à l'*Administrateur Gérant :* Ed. Papot.............. } 45, rue de La Tour-d'Auvergne, Paris.**

 *Suite de la page 570.* 

# DEMANDES ET OFFRES

**PRIX** d'une CASE, dans 3 numéros........................ **8** francs.
payable d'avance. (Pour les Abonnés de *L'Odontologie*. 5 » ).

*L'Administration de* L'Odontologie *est à la disposition des vendeurs ou acheteurs pour transmettre aux intéressés les lettres adressées aux initiales indiquées, mais il est bien entendu que son rôle se borne à cette transmission.*

---

14 **On demande** à **ACHETER D'OCCASION** un **fauteuil d'opérateur** *à pompe* en bon état, un **meuble** de cabinet et un **lavabo** *automatique*. — Écrire conditions et prix : Bonnet, 17, faubourg Montmartre, Paris. (45-²)

---

15 **A CÉDER, cabinet dentaire,** 16 ans d'existence. *Sud-Ouest ; port de mer ; ville d'avenir.* Faisant de 18.000 à 20.000 fr. de recettes. Chiffre total des 5 dernières années 99.000 fr. Loyer 1.200 fr. Bail à volonté. Prix 20.000 fr., mobilier très confortable du salon et du cabinet compris, moitié comptant, le reste avec facilités. Écrire par poste, bureau du journal **aux** soins de M. Papot, aux initiales E. L. (46-²)

---

16 ***A CÉDER DE SUITE*** à un ***DOCTEUR EN MÉDECINE***, pour *cause de départ*, ville du *Midi* 80.000 habitants, 15.000 fr. comptant, cabinet d'avenir, affaires 15 à 20.000 francs, ***susceptibles d'augmentation***, **p**oste dans *lycées* et *hôpitaux*, **relations médicales**, bel **a**ppartement bien situé 1500 fr., impôts 330 fr. Eau **et** gaz. — S'adresser au bureau du Journal. (47-²)

---

17 **A VENDRE d'occasion** un **FAUTEUIL** *Columbia* neuf et un *Wilkerson* très peu usagé. S'adresser à Monsieur Schiffmann, 3, place de Rennes, Paris. (48-²)

---

18 **Diplômé de l'Ecole dentaire de Paris** demande emploi d'**OPÉRATEUR** à Paris, province ou etranger. — Écrire par poste à M. le Dr Hamelin, 17, rue des Petites-Écuries, à Paris. (49-¹)

---

19 **Un patenté 31 ans,** excellent **MÉCANICIEN** et bon **OPÉRATEUR** demande une place à Paris, *bonnes références.* S'adresser à Mme Dutel, 28, rue Général-Foy. (50-¹)

---

20 *Cabinet dentaire, aux environs de Paris*, à ***VENDRE***, pour cause de fatigue. Affaires 6.000 fr. en allant 2 fois par semaine, loyer 400 fr. ; belle installation, prix à débattre. S'adresser à M. Aillet, 45, rue Laffitte. (51¹).

---

21 **Chirurgien-dentiste,** *diplômé de l'Ecole dentaire de Paris*, demande **ASSOCIÉ** ou **OPERATEUR** pour la province. Écrire *par poste* à L. L. aux soins de M. Papot, 45, rue de la Tour-d'Auvergne, à Paris. (52-¹).

---

22 **Pour cause de santé**, dans le centre de la France, on **vendrait bon cabinet** faisant 8 à 9.000 fr. d'affaires avec matériel et installation ou l'on prendrait bon opérateur capable et sérieux. — Écrire à B. D., 45, rue de la Tour-d'Auvergne. (53-¹)

---

23 Obligé de quitter Paris pour raisons de famille, on céderait une **clientèle sérieuse et fidèle** dans un quartier riche, *s'agrandissant chaque jour* **OCCASION UNIQUE** pour jeune diplômé qui aurait de suite une bonne clientèle et une situation de grand avenir. Prix très modéré. Écrire *par poste* à J. B. C. aux soins de M. Papot, 45, rue de la Tour-d'Auvergne. (54-¹).

---

## Avis relatif aux « DEMANDES ET OFFRES ».

*La plupart du temps les confrères qui usent de nos «* DEMANDES ET OFFRES *» désirent garder l'anonyme ; aussi indiquent-ils presque toujours simplement dans ces annonces les initiales sous lesquelles les demandes doivent leur être adressées par les soins de l'Administration du journal, dont le rôle se borne à cette transmission et qui ne prend à l'égard des affaires annoncées* aucune sorte de responsabilité.

*L'administrateur rappelle aux intéressés que les lettres doivent lui parvenir* **par la poste** *avec l'adresse ainsi libellée:* M. (initiales indiquées) *aux soins de M. Papot. Il les rend au facteur*, sans les ouvrir, *après en avoir complété l'adresse. Il ne peut donc personnellement donner aucun renseignement sur les affaires à traiter.*

22e ANNÉE. N° 12 30 JUIN 1902 VOL. XXVII




*L'Odontologie* **est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.**

## Travaux Originaux

### LA LUMIÈRE CHIMIQUE EN ART DENTAIRE

Par le Dr FOVEAU DE COURMELLES.

*(Communication à la Société d'Odontologie de Paris. Séance du 6 mai 1902.)*

Messieurs,

A l'occasion de la séance du 19 novembre 1901, j'adressai à la *Société d'Odontologie* une lettre sur la possibilité d'appliquer la lumière chimique en odontologie, j'y suis revenu en exposant devant vous à la séance du 21 janvier 1902 des applications et des faits nouveaux. Je vous ait décrit mon radiateur chimique présenté aux Académies des sciences de Paris et de médecine de Bruxelles les 24 et 29 décembre 1900, simplifiant le traitement de Finsen, et permettant d'obtenir avec une lampe à incandescence à charbon spécial et solution bleue interposée (Foveau de Courmelles et Trouvé) ou un arc électrique (Foveau de Courmelles) de 3 à 5 ampères (lampe foco-parabolique et courte distance du patient), les mêmes effets que donne l'appareil danois, coûteux et énorme, avec 80 ampères. L'arc est entouré d'eau froide et sa lumière filtrée par le quartz ne laisse arriver sur la région malade que les rayons chimiques

violets et ultra-violets, de sorte que sa perception n'est nullement douloureuse ni thermique; au contraire, le patient perçoit une faible sensation de froid. La technique de Finsen a été également, vous disais-je, absolument changée par moi, ce qui la rend possible en art dentaire : la compression et la phlyctène dite de réaction étant généralement inutiles. On peut donc agir à distance et par conséquent dans l'intérieur des cavités, ce qui était impossible quand on considérait la compression comme indispensable, attendu qu'on ne pouvait introduire dans la bouche, sur les maxillaires, sur la voûte palatine, sur les sinus, un appareil compresseur et devant être supporté une heure et quart, la durée des séances de Finsen.

L'action microbicide si nettement constatée dans les lésions tuberculeuses par Finsen et ses élèves Bie, Bang, Éhlers... et par maints observateurs, avant ou après eux, *in vitro*, est incontestable. Elle a lieu à distance, je le répète, et voici des faits nouveaux, tant personnels que dus à d'autres observateurs, et dont l'odontologie peut tirer, je crois, grand profit.

L'anesthésie suffisante pour l'avulsion dentaire a été obtenue par le D^r A.-V. Minine, de Saint-Pétersbourg, avec une lampe à incandescence de 50 bougies placée à 0 m. 60 ou 0 m. 70 de distance du patient, avec verre bleu placé sur le trajet lumineux. Le D^r Minine m'a confirmé personnellement ses résultats. Il y avait lieu de se demander si l'on avait bien ainsi de la lumière chimique, car ayant d'abord préconisé l'incandescence et l'arc, maints auteurs, venus après, avaient objecté que le chimisme de l'incandescence était nul ; ne sait-on pas cependant que maints papiers photographiques donnent des épreuves à la simple lumière de l'incandescence, que le D^r Edward F. Grün, avec des objetifs à ouverture considérable, a photographié des objets et des vues en une quasi-obscurité, nuit, incandescence...[1]. Si je note en passant, ce chimisme épars et

1. *Le plus lumineux des objectifs*, par L.-P. Clerc, in « La Photographie française » de février 1902.

insoupçonné en quelque sorte, c'est qu'il m'apparaît que la seule photographie, — sans les rayons X[1] encore difficiles à manier, endodiascopiquement ou non, exigeant un outillage encombrant — pourrait donner en art dentaire, à l'intérieur même de la bouche, des résultats inattendus, mais à la condition d'employer des objectifs particuliers et même en ne s'éclairant qu'à l'incandescence. Voici d'autres faits en faveur du chimisme de celle-ci : le Dr Gustave Kayser, de Vienne, qui, d'après son mémoire à la Société impériale et royale de médecine de Vienne du 7 février 1902 et à la Société médicale des Praticiens du 21 mars 1902, mémoire dont j'ai donné la traduction guérit, par les lampes à incandescence de lumière bleue de 32 bougies, la tuberculose pulmonaire. Ces résultats confirment ceux du même ordre obtenus par l'arc que je communiquai à l'Académie royale de médecine de Belgique le 26 octobre 1901 et à la Société de Biologie de Paris le 16 novembre 1901. Si j'insiste sur ces points particuliers, c'est qu'ils nous permettent de comprendre la possibilité, le mécanisme et la réalité de ces mêmes actions microbicides et curatives de la lumière en art dentaire.

Ainsi, cette malade que je vous présente, avec photographies comparatives à l'appui et qui offrait toutes les variétés de tuberculoses, cutanée, osseuse, pulmonaire, et que vous voyez guérie quant à son poumon gauche à souffle très net, avec son humérus déjà gratté, son autre bras lupique, extrêmement améliorée pour la face que nous guérirons aussi, a servi accidentellement de sujet quant à l'anesthésie dentaire. Au cours d'une séance de mon radiateur sur la lèvre supérieure, elle fut, par hasard, heurtée à la mâchoire sous-jacente, et assez violemment, par une pince que tenait mon opérateur ; aux excuses de celui-ci la patiente répondit qu'elle n'avait rien senti. On refit alors volontairement l'expérience, en frappant même un peu plus fort, et le résultat fut le même. Faute de nécessité et de connaissances spéciales

1. Dr Foveau de Courmelles, *Traité de radiographie médicale et scientifique*. Paris, 1897 et *l'Année électrique, électrothérapique et radiographique*, 1900 et 1901.

nécessaires, je n'ai pas poussé jusqu'à l'avulsion, mais cela me paraît inutile en l'espèce, puis qu'avec une source d'énergie électrique moindre, le Dr A.-V. Minine, déjà cité, a obtenu un grand nombre de fois l'anesthésie suffisante. J'ai répété d'ailleurs cette expérience du choc sur plusieurs

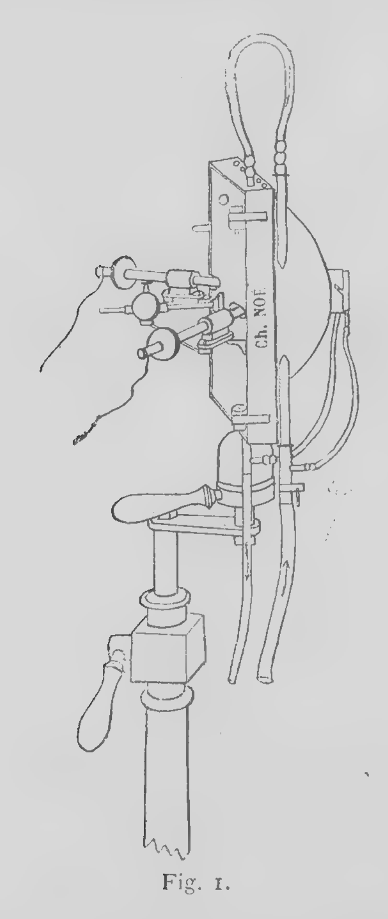


Fig. 1.

malades et je n'en ai pas trouvé de réfractaires ; aucun n'avait de sensation douloureuse. Ces faits ont été obtenus à l'hôpital Saint-Louis à diverses reprises, et je suis à votre disposition pour les reproduire sur vos malades, et aller jusqu'à l'avulsion, si vous le jugez utile, à titre gracieux bien entendu ; mon domicile étant très proche de l'Ecole dentaire, vous n'aurez même pas beaucoup à vous déranger. J'ai même ces temps-ci rendu plus pratique et plus mania-

ble mon appareil et voici le schéma du modèle du constructeur Ch. Noé (Fig. 1) ; je répète d'ailleurs ce que je vous en ai déjà dit, c'est qu'il n'est nullement breveté et que je n'ai pas voulu faire de mon invention un article commercial et que chacun est libre de la copier ou de la modifier, je ne réclame que l'honneur scientifique de la découverte. Il est donc très pratique pour l'anesthésie, voire l'anesthésie à distance, en dirigeant les radiations sur la région à anesthésier. Les courants de haute fréquence — autre forme, mais bien moins maniable, de la lumière chimique — venaient, vous disais-je, de produire, entre les mains de deux confrères, divers faits d'anesthésie dentaire avec avulsion consécutive. J'ai signalé depuis les mêmes faits à la *Société de stomatologie* (séance du 17 février 1902), et à cette occasion, à la suite de ma communication, la *Revue de stomatologie* d'avril 1901, donnait sous la rubrique « *Variétés* », cette réclamation de priorité qu'au nom de la vérité scientifique je crois nécessaire de vous donner ici :

« *A propos de l'application des courants de haute fréquence pour l'insensibilité dans l'extraction des dents, nous croyons devoir reproduire les extraits suivants d'une communication faite en* 1893, *par M. le Dr Oudin,* sur l'action analgésique des courants de haute fréquence devant la Société française d'électrothérapie.

» *Cette reproduction nous semble opportune au moment où revient à l'ordre du jour devant la même Société l'application des courants de haute fréquence, pour produire l'insensibilisation dans l'extraction des dents.*

» M. le professeur d'Arsonval vient de nous faire connaître, par la très intéressante communication que vous venez d'entendre[1], le résumé de ses travaux concernant les courants de haute fréquence.....

» La thérapeutique a bien d'autres services à en attendre,

1. Action physiologique des courants alternatifs à grande fréquence.

mais je ne veux aujourd'hui les envisager qu'au point de vue analgésique...

» Je désire, pourtant, avant de terminer, vous faire connaître une autre série d'expériences en cours d'exécution. Après avoir vérifié, au point de vue chirurgical, l'action analgésique des courants de haute fréquence par quelques petites opérations de scarifications cutanées et d'ouverture d'abcès, j'ai voulu voir si cette analgésie existait au même titre pour une des opérations les plus douloureuses de la petite chirurgie, et demandant l'action la plus profonde de l'agent, anesthésique, c'est-à-dire l'avulsion dentaire.

» Nous avons fait tout dernièrement un certain nombre d'expériences dans ce sens avec le D^r Cruet dans son service de la Charité. Au début nous obtenions des résultats incomplets; mais en dernier lieu, nous sommes arrivés à extraire des molaires à pulpe enflammée, entourées de périoste suppuré,en somme dans les conditions les plus défavorables, sans que les sujets aient ressenti la moindre douleur.

» Pour cela, nous coiffons la dent à extraire et la gencive du voisinage, avec une plaque de coton hydrophile du diamètre d'une pièce de 5 francs environ ; ce coton, préalablement humecté, est ensuite comprimé énergiquement de façon à ce que, étant à peu près sec, il se produise entre lui et la partie à analgésier la pluie de petites étincelles dont nous avons parlé plus haut. Puis le coton est recouvert d'une plaque de caoutchouc flexible qui l'encapuchonne et l'isole de la joue ; au fond de cette gouttière arrive le fil adducteur du courant. L'autre électrode, constituée par un tampon longuement humecté, est appliqué sur la joue. On fait alors passer le courant pendant 4 ou 5 minutes, après lesquelles on procède à l'opération. L'électrisation ne provoque aucune sensation pénible.

» Nous avons réuni jusqu'aujourd'hui 24 observations.

» Les malades ont été interrogés après l'avulsion par un interne du service, complètement en dehors de nous, de façon à ne pas nous laisser aller à influencer nos malades, et à avoir leur réponse dégagée de toute suggestion.

» Onze ont dit n'avoir ressenti aucune douleur, neuf ont très peu souffert, quatre n'ont pas été analgésiés ; mais chez ceux-là nous n'avions laissé les électrodes en place que pendant deux minutes, ou bien le coton trop mouillé ou incomplètement isolé conduisait mal le courant...

» *Ces extraits sont suffisants pour montrer l'état de la question* en 1893. »

Comme faits nouveaux, en dehors du domaine anesthésique, j'ai à vous signaler divers cas de sinusite maxillaire soignés incidemment en même temps que des lupus internes de la cavité buccale et guéris toujours par l'action à distance que l'on jugeait impossible ou mieux impuissante avant que j'aie démontré le contraire. J'ai encore, toujours incidemment — tant il est vrai que le hasard aide les chercheurs, mais rien qu'eux, sinon les faits passent inaperçus, car il faut que l'attention soit éveillée sur un ensemble de points pour en être frappés — j'ai, dis-je, pu remarquer diverses consolidations dentaires : des dents mobiles se sont trouvées fixées, et j'ai cinq cas de ce genre. Serait-ce de la pyorrhée alvéolaire ainsi guérie, comme on me le demandait à la *Société de stomatologie* en février, ayant obtenu ces faits entre la séance de la *Société d'Odontologie* de janvier et celle-là ? Je l'ignore, je n'ai nulle compétence en ce domaine, je constate et je signale. Si cela était, ajoutait-on, ce serait un résultat des plus remarquables, la pyorrhée alvéolaire étant la bête noire des odontologistes, des stomatologistes et des malades. Quoi qu'il en soit, cette consolidation possible de dents mobiles par la lumière est incontestable.

Les tuberculoses des maxillaires que vous pouvez avoir à traiter sont également passibles du traitement par la lumière chimique, et le cas de tuberculose de l'humérus guérie que je viens de vous présenter le démontre irréfutablement. Quant aux tuberculoses muco-buccales, cette même malade en est également un type probant de guérison. Occasionnellement, je vous montre aussi ce patient, à tuberculose cutanée et osseuse des jambes, à qui l'on voulait

couper les membres inférieurs — ce que l'on ne fit pas de crainte de généralisation de l'affection, et qui s'est guéri — il est électricien — ainsi que vous pouvez le constater par la photographie avant le traitement, et la vue du malade après.

Vous voyez le champ d'action qui vous est dévolu en appliquant la lumière chimique, que j'ai rendue simple, maniable et peu coûteuse, dans votre domaine, mais comme dans tous les champs des applications curatives du chimisme lumineux, malade et opérateur doivent être patients ; on a parfois des résultats curatifs rapides, mais ils sont plutôt lents à obtenir et il ne faut pas se décourager trop tôt ; quant à l'anesthésie, elle s'obtient en quelques minutes. Quant à la phlyctène de réaction, brûlure qui rendrait surtout en art dentaire l'application impossible, je l'ai démontrée inutile pour l'obtention d'effets thérapeutiques ou anesthésiques, elle n'est donc plus un obstacle.

Comment agit la lumière?

Elle est microbicide par excellence, et toutes les affections bactériennes buccales se trouveront très bien de son emploi.

Elle paraissait révulsive, agir par irritation substitutive quand la brûlure était déclarée nécessaire, mais puisque celle-ci ne l'est pas!... Je crois plutôt qu'il se passe des actions chimiques, électrolytiques, profondes, avec phénomènes de champ électrique influençant à distance. De même que la lumière blanche présente, comme on sait, des couleurs complémentaires, il peut, il doit vraisemblablement, se passer des actions chimiques complémentaires, selon l'emploi de telle ou telle radiation lumineuse. Ainsi, la rougeole se trouve diminuée dans sa durée et ses symptômes par l'action de la lumière rouge, par des rideaux d'Andrinople rouge dans la chambre du malade ; d'autre part, la rougeole prépare merveilleusement à toutes les tuberculoses, lesquelles se trouveront bien curativement, de la lumière complémentaire du rouge, le violet. A tour de rôle, une maladie, la tuberculose — quasi-complémentaire, de la rougeole, tellement elle la suit souvent — sera traitée par le

violet, après le rouge, son complémentaire, curatif en la maladie précurseur. Ces phénomènes, en apparence plus complexes qu'ils ne sont en réalité, nous permettent de comprendre le mécanisme de l'infection tuberculeuse post-rubéolique et qui, ainsi que je l'ai souvent constaté, commence souvent par la bouche, et très peu de temps après la rougeole. Je me permets donc, en passant, de vous signaler, après cette affection, la nécessité de l'examen des dents, des sinus, des maxillaires, de la bouche et de ses muqueuses et de prévenir une infection commençante, soit avec vos moyens, soit avec la lumière chimique [1].

---

1. Nous relevons à la Société française de dermatologie et de syphiligraphie, du 1er mai 1902 (*La Presse Médicale*, 7 mai 1902), et confirmant les résultats du docteur Foveau de Courmelles, ce traitement du lupus par son collaborateur, M. du Castel, membre de l'Académie de médecine, président de la Société médicale des hôpitaux, médecin de l'hôpital Saint-Louis. — Depuis deux ans nous appliquons dans notre service au traitement du lupus la lumière concentrée émise par l'*appareil de MM. Foveau et Trouvé.* Voici quelques malades qui serviront de preuve à l'efficacité de ce traitement. La première, atteinte de fistule bacillaire de l'avant-bras, d'un lupus médian du nez et des fosses nasales, a vu encore se développer un lupus à la suite de l'application d'un vésicatoire sur le bras. Elle est actuellement en voie d'amélioration considérable après de nombreuses séances de photothérapie. Nous avons essayé de traiter la muqueuse nasale en projetant les rayons concentrés dans l'intérieur du nez à travers un spéculum nasal. Les premières séances ont été accompagnées d'une céphalée intense et nous avons pu éviter cet inconvénient en diminuant progressivement la durée des applications. Dans un cas de lupus du nez et de la lèvre supérieure, nous avons obtenu à distance, sans compression, des modifications très appréciables du mal. Ce résultat, sur lequel nous insistons, est remarquable, parce que nous n'avons aucun moyen très certain de combattre le lupus intra-nasal, et parce que l'on a laissé s'accréditer l'idée qu'on ne pouvait agir sur le tissu lupique qu'après l'avoir rendu exsangue par l'action du compresseur. Les rayons paraissent, d'après notre observation, agir même quand cette compression n'est pas exercée à distance. C'est là une circonstance qui rendra de grands services à la thérapeutique, s'il se confirme qu'on peut agir à distance par la projection des rayons lumineux. Le troisième cas de lupus traité par l'appareil de *Foveau et Trouvé*, est très remarquable à un autre point de vue. Il s'agissait d'une variété de lupus éléphantiasique de la face, ayant entraîné une énorme tuméfaction œdémateuse, dans laquelle transparaissaient de très nombreux tubercules lupiques. Il eût été inutile de songer à intervenir par tout autre moyen ; nous avons, au contraire, pu obtenir une amélioration très grande par la photothérapie. Il nous a semblé que les séances longues étaient préférables aux séances courtes et qu'il valait mieux employer un courant inférieur à six ampères qu'un courant supérieur. — M. *Leredde.* — Nous connaissons cette dernière malade depuis un an. Elle avait alors une oblitération si complète des lymphatiques que chaque application de Finsen était suivie de la tuméfaction énorme du visage. Toute thérapeutique eût été impossible. Elle

Pour moi, voici ce qui se passe alors, et c'est la première fois que j'expose cette théorie. La rougeole rubéolise, *rougit* les tissus, et par suite les rend imperméables aux autres radiations lumineuses, notamment les violettes, si microbicides : les bacilles tuberculeux introduits par une voie quelconque, l'air, les poussières, qui seraient détruits et n'évolueraient pas, si la lumière agissait, peuvent, au contraire, évoluer, grâce aux tissus imperméabilisés de rouge, comme une étoffe rouge ne laisse passer que le rouge, l'organisme rubéolisé, surtout en la bouche. Souvent le siège éruptif ne laisse plus passer de rayons lumineux bactéricides, et la lésion s'étend, et le mal progresse, atteint ensuite les tissus extérieurs. Avant moi, la compression étant proclamée indispensable, le traitement des cavités était impossible, mais aujourd'hui que l'action à distance est reconnue efficace et puissante, j'ose dire que maintes affections post-rubéoliques ressortissent à l'art dentaire, tant par leur mécanisme que par leur évolution. Et c'est à la lumière chimique que vous recourrez désormais, tout au moins, lorsque vos moyens habituels, plus rapides, seront impuissants. Il est bon également de faire connaître aux intéressés, aux parents notamment — la rougeole étant surtout une maladie de l'enfance — la nécessité de faire examiner la bouche des enfants qui viennent d'en être atteints.

Je terminerai en faisant remarquer comme toutes les branches de la médecine, de la chirurgie, de l'odontologie se tiennent et se complètent. Il est certain que Finsen, en son Institut photothérapique de Copenhague, appliquant, après Thayer et Lahmann, mais d'une façon plus méthodique et plus sûre, la lumière chimique aux tuberculoses cutanées et aux dermatoses, ne se doutait pas de rendre — grâce à mes

---

doit être considérée comme un magnifique résultat de la photothérapie... L'action de la photothérapie se fait sentir profondément, dans toute l'épaisseur du tubercule lupique. On peut le constater par l'examen histologique comme je l'ai fait. Elle est supérieure à l'ablation qui donne, si bien faite qu'elle soit, 48 pour 100 de récidives. Je ne serais pas étonné si dans trois ans les malades que nous venons de voir traités au permanganate de potasse, avaient de nouveau leur lupus en évolution.

divers perfectionnements d'outillage et de technique, d'importance considérable — des services à la chirurgie (tuberculose et autres suppurations osseuses), à la médecine (tuberculose pulmonaire, lésions spécifiques), à l'odontologie (anesthésie,· sinusite, pyorrhée ?)... Il est donc important que les spécialistes, les électro-thérapeutes par exemple dont je suis, ne se bornent pas, en leurs recherches s'entend — car pour les applications ils doivent rester spécialistes — à un seul point de vue ; il y a grand intérêt à ce que chacun de nous diffuse ses connaissances et ses remarques pour en faire bénéficier toutes les branches de notre art, dont l'odontologie n'est pas la moindre.

# LES STOMATITES D'APPARENCE PSEUDO-MEMBRANEUSE ET LEUR TRAITEMENT. LA FÉTIDITÉ DE L'HALEINE

Par le Dr Edg. Hirtz,
Médecin de l'hôpital Laënnec.

La stomatite ou inflammation de la muqueuse buccale peut survenir comme complication d'un grand nombre d'états infectieux plus ou moins graves ou dans le cours d'une bonne santé générale, et, lorsque vous avez affaire à des malades chez lesquels il y a lieu de supposer une élimination plus ou moins abondante de toxines ou de principes irritants par les sécrétions, examinez toujours avec soin leur bouche, et le plus souvent vous pourrez y constater des lésions plus ou moins avancées. Or, il faut savoir que ces lésions locales sont susceptibles de s'améliorer et de guérir même sous l'influence d'un traitement approprié. C'est pourquoi j'ai cru devoir attirer votre attention aujourd'hui sur ce sujet, d'autant plus qu'il a été fait dans ces derniers temps d'intéressantes recherches réalisant dans la connaissance et la thérapeutique de ces affections de sérieux progrès.

Je prendrai pour type de mon étude la stomatite urémique, qui est une forme peu banale de ces affections, et dont nous possédons actuellement dans le service un très bel exemple, représenté par le malade couché au n° 23 de la salle Cruveilher. Je consacrerai une partie de cette leçon à l'exposé de ce cas remarquable, en insistant sur les particularités qui distinguent la stomatite urémique des inflammations similaires d'autre origine, puis nous passerons en revue brièvement le traitement des stomatites en général et de la fétidité de l'haleine.

Le malade dont il s'agit a été atteint, il y a plusieurs années, d'une fièvre scarlatine, dont la convalescence traîna en longueur, et depuis sa santé ne s'est jamais parfaitement rétablie. Il a été sujet à des migraines, à des troubles de la vue, et bientôt il a présenté de la polyurie et de la pollakiurie nocturne. Ces symptômes l'obligeaient à interrompre son travail de temps à autre; il le reprenait néanmoins après quelques jours de repos pendant lesquels il s'était soumis à une diaphorèse plus ou moins abondante au moyen de l'ingestion d'une certaine quantité de tisanes. Mais ces troubles, dont l'origine rénale ne paraissait pas douteuse, ne firent que s'accentuer de plus en plus, et en janvier 1902, il était pris d'anurie et entrait à l'hôpital.

Voici ce que l'on constate à son examen.

Le visage est pâle, œdématié ; les lèvres sont cyanosées, les extrémités froides ; les jambes présentent de l'œdème, ainsi que la paroi prérénale. On entend des râles sibilants dans toute la hauteur des deux poumons, et des signes de foyers congestifs à leurs bases, sur-

tout développés du côté droit. On constate de la tachycardie et du bruit de galop ; le pouls est petit, presque imperceptible. Le malade se plaint de céphalée, il est en proie à une dyspnée violente, L'anurie est presque complète. Il y a quelques troubles gastro-intestinaux. La langue est blanche ; l'haleine est très fétide ; les dents sont fuligineuses.

Il était facile, d'après le tableau que nous venons de décrire brièvement, de reconnaître que le malade était en proie à une attaque d'urémie. Les signes prédominaient du côté de l'appareil respiratoire, mais il y avait aussi des troubles digestifs, et, pour ma part, je considère ce cas comme appartenant à une forme mixte de l'urémie, participant à la fois de la forme dyspnéique et de la forme gastro-intestinale.

On fit des applications de ventouses scarifiées au niveau des bases des poumons et l'on prescrivit 15 grammes d'eau-de-vie allemande. L'état du malade s'améliora sensiblement à la suite du traitement.

Mais un signe qui avait frappé dès l'abord chez lui, et qui ne parut guère s'atténuer les jours suivants, c'était la fétidité de l'haleine qui était extrême et d'un caractère repoussant et nauséeux porté au plus haut degré. On examina alors la bouche du malade, et l'on constata les lésions suivantes. D'abord on remarque sur les dents un dépôt blanchâtre et visqueux épais, qui témoigne surtout d'une absence de soins datant de loin (stomatite *ab incuria*). Sur les gencives, on trouve des ulcérations recouvertes d'un enduit pultacé. Sur la face interne des joues, au niveau des arcades dentaires, on voit des plaques grisâtres, à contour arrondi et festonné. En cherchant à détacher la pseudo-membrane qui les recouvre, on s'aperçoit qu'elle est très adhérente. Ces plaques sont particulièrement développées et confluentes du côté gauche de la cavité buccale. On remarque au niveau de la première incisive supérieure une plaque ovalaire mesurant 2 centimètres de longueur. Du côté droit, le maximum des lésions siège au niveau des grosses molaires. On note de ce côté trois plaques ayant la dimension d'une pièce de cinquante centimes. Sur la muqueuse de la face postérieure des lèvres, on trouve des lésions similaires, mais moins marquées, et dont l'aspect rappelle plutôt celui des aphtes, à la période érosive de l'éruption : ce sont de petites exulcérations dont le bord forme une sorte de collerette rougeâtre. La muqueuse buccale est congestionnée. Ajoutons qu'on peut saisir les tissus de la joue entre les doigts sans constater d'induration comme dans le noma, auquel aurait pu faire songer la grande fétidité de la cavité buccale.

Ce malade présente donc une *stomatite urémique ;* nous allons voir, en effet, que les phénomènes de l'intoxication urémique expliquent l'irritation et l'inflammation de la muqueuse buccale.

Il n'y a pas bien longtemps qu'on connaît la stomatite urémique. Elle semble avoir été entrevue par Lancereaux comme une des formes de l'*urémie buccale* dont il a donné la description ; mais c'est mon collègue et ami Barié qui a le premier nettement retracé l'histoire de ces manifestations particulières de l'urémie. Il en décrit deux formes. Dans la forme *érythémato-pultacée* de la stomatite urémique, il existe d'abord une rougeur diffuse de la muqueuse buccale ; la langue, en général, est large, étalée, recouverte d'un enduit pâteux, épais, gluant, qui rappelle l'aspect de la colle de pâte. Sur les gencives existe également une couche uniforme de cet enduit. Parfois toute la cavité buccale en est tapissée et même obstruée à un point tel qu'on peut avoir de la difficulté à ouvrir et à examiner l'intérieur de la bouche, ainsi que je l'ai vu chez un autre malade qui était urémique, mais dont le diagnostic ne fut établi qu'à l'autopsie. La salive est rare, épaisse et visqueuse.

La seconde forme, ou *forme ulcéreuse* de la stomatite urémique, peut être discrète ou confluente. Elle est caractérisée par des ulcérations dont l'étendue varie de quelques millimètres à un centimètre de diamètre et dont la profondeur est plus ou moins considérable. Leur forme est ovalaire ou circulaire, plus ou moins régulière. Elles sont recouvertes d'une pseudo-membrane sous laquelle on trouve une muqueuse violacée, turgide, parfois sanguinolente. Ces ulcérations sont rares sur la langue. Elles peuvent envahir la face interne des joues, la face postérieure des lèvres, avec une prédominance plus marquée d'un côté ou de l'autre, en haut ou en bas, ou mieux s'étendre à la totalité de la muqueuse buccale. La salivation est tantôt diminuée, tantôt augmentée. Dans un cas de Barié, le malade rendait 900 grammes de salive par 24 heures. Cette salive qui, à l'état normal, comme vous le savez, renferme toujours une certaine quantité d'urée, mais ne dépassant guère quelques milligrammes ou 2 ou 3 centigrammes, exceptionnellement 20 à 50 centigrammes, à l'état physiologique, arrive au contraire dans l'urémie à présenter 5, 6 et jusqu'à 9 grammes (dans un cas) d'urée par 24 heures : le malade rend alors presque autant d'urée par sa salive que par ses urines.

Cette stomatite urémique empêche la mastication et s'accompagne d'une anorexie marquée. L'haleine est extrêmement fétide et peut faire penser à la gangrène de la bouche. D'autre part, l'état général qui coexiste avec ces lésions locales est toujours grave. Les malades sont le plus souvent dans un état d'adynamie assez marqué. La stomatite urémique peut s'observer dans toutes les formes de l'urémie, mais elle paraît plus fréquente dans la forme gastro-intestinale.

Le pronostic de la stomatite urémique est forcément assez sévère, à cause de la gravité de la maladie qu'elle traduit.

Mais sous l'influence du traitement que je vais vous indiquer, elle

peut s'atténuer et même guérir. Lorsque les ulcérations ont été profondes, il reste des cicatrices plus ou moins durables, mais dans les cas ordinaires, les ulcérations ne laissent aucune trace de leur existence. La difficulté de guérir ces lésions est qu'on a affaire à des individus qui éliminent constamment des toxines infectant la voie buccale et en même temps de l'urée qui est un agent irritant pour la muqueuse et favorise son infection. Aussi ne faut-il pas s'étonner si la stomatite urémique revêt souvent la *forme chronique.*

Dans le traitement de la stomatite urémique, il ne faut pas négliger le traitement général de la cause. C'est ainsi que l'usage des ventouses scarifiées, les purgatifs énergiques ingérés ou donnés en lavements, dans certains cas la saignée, en même temps qu'ils combattent la maladie qui menace le plus l'existence du malade, améliorent sensiblement l'état de la bouche ; ces moyens agissent en diminuant la quantité des principes toxiques et par conséquent leur élimination ultérieure. Mais indépendamment de ce traitement général indirect il y a à faire un traitement local.

Pour pouvoir l'instituer d'une façon rationnelle et certaine, il nous manque, il est vrai, des connaissances pathogéniques bien nettes sur la genèse de la stomatite urémique. Les recherches qu'on a pu faire au sujet de l'agent infectieux sont demeurées sans résultat précis. Les examens bactériologiques des frottis de la muqueuse buccale atteinte de stomatite urémique n'ont montré que des *cocci* indéterminés. En somme, on n'est pas fixé sur l'agent pathogène de cette affection.

Par conséquent, il n'y a pas de traitement spécifique à opposer ici. C'est un traitement banal auquel on aura recours. On pourra faire par exemple, des lavages, des irrigations dans la cavité buccale, au moyen du bock, en employant comme liquide antiseptique, soit de l'eau boriquée, soit une solution de permanganate de potasse à 1 pour 1.000 ou à 1 pour 3.000 parties. Mais je vous recommande particulièrement dans ces cas-là l'usage de l'eau oxygénée. On se sert de l'eau oxygénée à 12 volumes, dédoublée ou détriplée. Les lavages avec l'eau oxygénée donnent d'excellents résultats dans la stomatite urémique, et en général dans tous les cas d'inflammations plus ou moins avancés des muqueuses bucco-pharyngiennes caractérisés surtout par une fétidité marquée de l'haleine. Je vous demande la permission d'insister sur cette question de fétidité buccale et de son origine.

D'après les recherches auxquelles je me suis livré, et notamment en analysant les mucosités recueillies par le raclage de la surface des diverses régions de la muqueuse buccale, linguale, gingivale, etc., j'ai constaté que le maximum d'intensité de l'odeur fétide siège, en général, au niveau de la base de la langue, et qu'elle paraît due à la présence de germes anaérobies principalement. C'est ce qui expli-

querait l'action tout particulièrement efficace de l'eau oxygénée dans ces circonstances, car on a vérifié expérimentalement l'action intense que cette substance exerce tout spécialement sur les bactéries anaérobies.

L'eau oxygénée rend donc d'immenses services dans tous les cas d'haleine fétide, quelle qu'en soit l'origine, d'ailleurs. Nombre de gens bien portants sont affectés de cette triste infirmité, dont la persistance, malgré tous les soins minutieux de propreté qu'ils prennent de leur bouche, les désespère ; eh bien, j'ai réussi, à l'aide des lavages à l'eau oxygénée à faire disparaître complètement cette odeur répugnante chez beaucoup de personnes qui en étaient affligées.

Je conseille également, pour combattre la fétidité de l'haleine, de procéder chaque matin au *raclage de la langue,* au moyen d'une raclette en os ou d'un coupe-papier, dirigé d'une main d'arrière en avant à la surface de la muqueuse, tandis que l'autre main saisit la langue, enveloppée d'un mouchoir, et la tire en dehors des arcades dentaires, en la maintenant dans cette situation pendant la durée de l'opération. Ensuite, le malade se gargarise avec de l'eau oxygénée dédoublée. Je recommande, en outre, le nettoyage des dents avec une poudre composée de charbon et de quinquina. Par l'emploi de ces moyens, en somme assez simples, on arrive à faire disparaître cette fétidité de l'haleine qui constitue une infirmité répugnante pour tous.

Cette pratique donne de bons résultats dans la stomatite urémique. De plus, dans ce cas, on peut faire suivre les lavages de l'application d'un topique à la surface de la muqueuse buccale. On emploie dans ce but les collutoires contenant une forte proportion de chlorate de potasse, et, si leur action est insuffisante, on ne craindra pas de recourir aux badigeonnages de teinture d'iode.

Nous allons maintenant passer rapidement en revue les diverses espèces de stomatites qui ressemblent plus ou moins à celle que nous venons d'étudier, et nous indiquerons le traitement qui semble convenir plus particulièrement à chacune d'elles.

La *stomatite ulcéreuse* ou *ulcéro-membraneuse* est certainement une des plus importante à signaler ici. Cette maladie, spécifique et contagieuse, est caractérisée à sa période d'état par des ulcérations de forme et d'étendue variables, pouvant se développer sur tous les points de la cavité buccale, mais ayant cependant pour siège de prédilection les gencives. Nous y reviendrons. Cette stomatite s'accompagne souvent d'une salivation extrêmement abondante et d'une fétidité extrême de l'haleine, ainsi que d'un engorgement plus ou moins prononcé des ganglions sous-maxillaires, que nous n'avons pas constaté dans la stomatite urémique. Ce n'est guère que depuis les travaux de Bergeron que l'on connaît la stomatite ulcéreuse, qui autrefois était confondue avec les manifestations de la diphtérie. On l'a vue surtout sous forme d'épidémie survenant chez les jeunes soldats sous

l'influence du surmenage et d'une mauvaise hygiène alimentaire. Dans les hôpitaux d'enfants, on la voit frapper de préférence les sujets malingres et chétifs. On l'a observée aussi parmi les marins dans les conditions plus ou moins analogues à celles dans lesquelles se développe le scorbut.

Cette affection débute par des ulcérations d'abord superficielles, recouvertes d'un magma plâtreux, déterminant de vives douleurs qui font refuser aux malades tout aliment solide.

Les lésions de cette stomatite sont prédominantes sur les gencives, surtout sur l'inférieure. On les retrouve aussi sur la face interne des joues, plus rarement sur la voûte palatine, et exceptionnellement sur les amygdales et la langue. Les ulcérations siègent surtout au niveau de la sertissure des incisives et des canines ; elles sont recouvertes d'un enduit composé de pus, de sang et d'une quantité parfois considérable de tartre dentaire. Les *ulcérations pariétales* des joues sont d'abord unilatérales, de forme oblongue, parfois circulaire. La maladie dure 8 à 12 jours dans les cas bénins, 3 semaines ou un mois dans les cas plus graves. Parfois elle se prolonge à l'état chronique. Les auteurs ont insisté sur la présence dans l'exsudat d'un grand nombre de spirilles. Enfin sa véritable nature a été élucidée par les travaux récents du médecin militaire Vincent, qui a démontré (ainsi que Bernheim, de Berlin) qu'il existait dans cette maladie des bacilles particuliers, d'aspect fusiforme, de 10 à 12 m/m de longueur, étranglés à leur partie moyenne, ne prenant pas le Gram, associés en plus ou moins forte proportion aux spirilles déjà décrites. Il a signalé également l'association d'autres microbes, tels que le streptocoque. Vincent s'est particulièrement attaché à l'étude de *l'angine ulcéro-membraneuse* à laquelle on a donné son nom, mais cette forme ne diffère de la stomatite que par sa localisation.

Le traitement de cette stomatite ulcéro-membraneuse mérite qu'on s'y arrête. Autrefois on considérait le chlorate de potasse comme le médicament d'élection. On obtient souvent, en effet, de bons résultats avec les solutions concentrées de cette substance, mais il faut dire qu'en certains cas ce mode de traitement est absolument inactif. Il faut alors recourir aux lavages avec l'eau oxygénée et aux badigeonnages à la teinture d'iode consécutifs, répétés matin et soir. On doit avoir soin en pareil cas de se servir de teinture d'iode fraîche, c'est-à-dire non caustique.

Je vous signale en passant la stomatite diphtérique, qui est parfois d'un diagnostic difficile, nécessitant l'examen bactériologique et des cultures. Roux conseille dans ce cas les badigeonnages anodins à l'eau boriquée ou avec le jus de citron, joints à l'emploi des injections de sérum anti-diphtérique.

En 1884, j'ai fait connaître *(Journal de Médecine et de Chirurgie*

*pratiques)* la *stomatite aphteuse*, qui présente une forme bénigne, discrète ou confluente, et une forme confluente maligne. La forme bénigne est facile à distinguer des autres lésions buccales ; la muqueuse présente une sorte de piqueté jaunâtre, formé d'éléments très fins, de la grosseur de la tête d'une épingle, laissant à leur place de petites ulcérations de la grosseur d'un grain de chénevis, entourés d'une collerette d'un rouge très accentué. Cette affection donne lieu à des douleurs pendant la déglutition, surtout des aliments salés ou acides. Dans la forme confluente, on peut parfois compter jusqu'à deux cents éléments aphteux, recouvrant la face interne des joues, le pharynx, la langue et la face postérieure des lèvres. La salivation est abondante, mais la fétidité est moins repoussante que dans la stomatite ulcéreuse. La forme maligne, qui est rare, s'accompagne de frissons, de courbature, de céphalalgie, d'un état typhoïde ; le malade éprouve une douleur intense, une sensation de brûlure dans la bouche qui met rapidement sur la voie du diagnostic. On a signalé des cas de contagiosité de la stomatite aphteuse, non seulement de l'homme, mais de l'animal à l'homme. Chez les animaux, cette affection porte le nom de « cocotte » et sévit particulièrement chez les bovidés. On a cité des cas de contagion directe chez les personnes qui soignaient les animaux malades ; et des cas de contagion indirecte par le lait.

On n'est pas encore fixé sur la véritable nature de la stomatite aphteuse. Pingle a décrit un bacille ovoïde qu'il considère comme l'agent pathogénique de la maladie.

Le meilleur traitement consiste dans les irrigations et surtout les badigeonnages avec solutions fortes, à 20 o/o, de salicylate de soude.

Vous parlerai-je aussi du muguet, dont vous connaissez tous l'aspect crémeux si spécial ? Les commémoratifs, l'aspect caractéristique de l'enduit, l'efficacité du traitement par les alcalins (borate de soude) permettent facilement de le distinguer des autres stomatites.

Je ne saurais trop insister, en terminant, sur l'importance de l'examen de la cavité buccale, sur laquelle viennent s'inscrire presque toutes les maladies infectieuses ; qu'il me suffise de vous rappeler les manifestations de l'érysipèle, les ulcérations du voile du palais dans la fièvre typhoïde (Duguet), les lésions buccales du purpura infectieux, des fièvres éruptives, de la tuberculose, notamment dans la maladie d'Addison, enfin la syphilis.

A côté de ces manifestations d'origine infectieuse, on peut rappeler les stomatites causées par les intoxications (plomb, mercure), par les maladies constitutionnelles (diabète).

En résumé, si la langue a été appelée le miroir de l'estomac, on peut dire avec autant de raison que la bouche est celui de la plupart des maladies infectieuses et des intoxications générales de l'économie.

(*Journ. de l'Ass. Médic. Mutuelle*, avril 1902.)

# DEMANDES ET OFFRES

**PRIX** d'une CASE, dans 3 numéros........................ **8** francs.
**payable d'avance.** (Pour les Abonnés de *L'Odontologie*. **5** » ).

*L'Administration de* L'Odontologie *est à la disposition des vendeurs ou acheteurs pour transmettre aux intéressés les lettres adressées aux initiales indiquées, mais il est bien entendu que son rôle se borne à cette transmission.*

---

1 *A céder de suite*, pour *cause de santé,* dans un des beaux quartiers de Lyon, **CABINET DENTAIRE** fondé depuis 7 ans et ayant une *très belle clientèle*. — S'adresser à M. Steininger, 21, Cours Morand, à Lyon. (89-15)

---

2 **A CÉDER Cabinet dentaire,** dans une *Ville d'eaux* au *bord de la mer*, 12.000 h. — Prix 6.000 fr. — Loyer 750 fr. dans villa particulière, sous-location 300 fr. — Seul cabinet dans la ville. — Le chiffre d'affaires peut être doublé en se déplaçant pour exploiter les environs. — Ecrire *par poste* aux initiales G. C.-H., aux soins de M. Papot, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, à Paris. (23-6)

---

3 **A REMETTRE**, **Excellent cabinet,** pour cause de *changement de résidence obligatoire* par suite d'héritage. 1 cabinet, succursale, 2 lycées, fait 13 à 15 mille, loyers 600, contributions 150, compris le 2e cabinet. Belle habitation, maison seule, double matériel opératoire, on laisserait tout ou partie du matériel ou pas du tout. Excellente situation à jeune homme sérieux et capable (catholique), prix à débattre pour matériel. Pour la reprise seule prix insignifiant 10.000 fr.
4 environ avec facilités. On s'arrangerait de toute façon avec jeune homme habile et sérieux. — Ecr. MM. Raymond frères, 44, Pl. République, Lyon. (26-27-8)

---

5 **UN DIPLOMÉ** de **l'École** et de la **Faculté** désire un emploi **d'opérateur** à **Paris**, *prendrait volontiers par la suite succession d'un Cabinet* de **moyenne importance**. Ecrire *par poste* aux initiales M. J. T. aux soins du Journal. (31-6)

---

6 **Pour cause de départ. BON CABINET à céder de suite.** *Clientèle sérieuse.* Affaires 28 à 30000 fr., comptabilité bien en règle. Peu de crédit. Il est nécessaire de *parler anglais*. Ecrire par poste aux initiales L. L. L., aux soins de M. Papot, 45, rue de La Tour-d'Auvergne. (33-5)

---

7 **Jeune homme** *finissant ses études;* connaissant les **aurifications** et la prothèse demande place d'**OPERATEUR** pour l'*après-midi*. Bonnes références. Ecrire aux initiales P. B. aux soins de M. Papot, 45, rue de la Tour-d'Auvergne. (40-4)

---

8 ***A CÉDER*** pour **cause de santé,** dans ville du ***Midi***, *belle clientèle* y compris celle d'un Lycée, créée depuis 25 ans; cette clientèle qui n'a été visitée que 4 ou 5 jours par mois, a produit de 8 à 9 mille francs d'affaires par an. Négligée, pour cause de maladie, depuis quelque temps, la clientèle serait vite ramenée et serait susceptible d'être considérablement augmentée avec de la publicité. Six mille francs comptant. Ecrire par poste aux initiales C. A. au bureau du Journal, aux soins de M. Papot. (41-4)

---

9 **Chirurgien-Dentiste** (F. M. P.), diplômé de l'Ecole Dentaire de Paris, demande **PLACE OPÉRATEUR,** Paris ou province. Ecrire à A. H. G. aux bons soins de M. Papot, 45, rue de la Tour-d'Auvergne. (42-4)

---

10 **A CÉDER** pour *cause de maladie* **Cabinet à Paris.** — Affaires 14.000 fr. S'adresser à MM. Contenau et Godart, 7, rue du Bouloi. (43-3)

---

11 ***ANCIEN COMPTABLE,*** *15 ans dans la même maison,* ***références sérieuses,*** demande ***emploi aux écritures*** de préférence chez dentiste, ou gérance. Ecrire par poste aux initiales F. F. aux soins de M. Papot. (44-3)

---

12 **A CÉDER, cabinet dentaire,** 16 ans d'existence. *Sud-Ouest; port de mer; ville d'avenir.* Faisant de 18.000 à 20.000 fr. de recettes. Chiffre total des 5 dernières années 99.000 fr. Loyer 1.200 fr. Bail à volonté. Prix 20.000 fr., mobilier très confortable du salon et du cabinet compris, moitié comptant, le reste avec facilités. Ecrire par poste, bureau du journal aux soins de M. Papot, aux initiales E. L. (46-3)

---

13 ***A CÉDER DE SUITE*** à un ***DOCTEUR EN MÉDECINE,*** pour *cause de départ,* ville du *Midi* 80.000 habitants, 15.000 fr. comptant, cabinet d'avenir, affaires 15 à 20.000 francs, ***susceptibles d'augmentation,*** poste dans *lycées* et *hôpitaux*, ***relations médicales,*** bel appartement bien situé 1500 fr., impôts 330 fr. Eau et gaz. — S'adresser au bureau du Journal. (47-3)

*(Voir la suite page 630.)*

# F. D. N.

## FÉDÉRATION DENTAIRE NATIONALE

*Séance de démonstrations pratiques du 25 mai 1902 (suite).*

## ENSEIGNEMENT PRÉPARATOIRE THÉORIQUE ET PRATIQUE DE LA DENTISTERIE OPÉRATOIRE

Par le Dr Ch. Godon.

### *Considérations générales.*

Cet enseignement préparatoire repose sur le principe qui est maintenant admis dans la plupart des établissements d'enseignement dentaire et que nous avons formulé à peu près ainsi dans notre thèse sur l'*Évolution de l'art dentaire* [1] :

*Il y a avantage, tant au point de vue humanitaire que pédagogique, à ce que l'étudiant en dentisterie ne soit admis à exécuter des opérations dentaires sur les patients que lorsqu'il se sera préalablement exercé plusieurs fois au laboratoire, en dehors de la bouche d'un malade, à la pratique de ces mêmes opérations.*

Les exercices pratiques que comporte cet enseignement préparatoire se font d'abord sur des dents sculptées en caoutchouc vulcanisé, en bois ou en ivoire, puis sur des dents naturelles implantées dans des modèles en plâtre ; l'étudiant s'exerce, comme on le verra plus loin dans notre programme, au maniement des divers instruments employés en dentisterie opératoire, fraises, rugines, forets, etc., et prépare et obture, dans les dents en question, des cavités telles que celles qu'on rencontre le plus généralement dans la carie dentaire, en s'appuyant sur une table de travail analogue à celle du laboratoire de prothèse; puis il répète avec le tour de cabinet les mêmes exercices au fauteuil d'opérations sur lequel est placé, au lieu d'un malade, un appareil dit « fantôme » comme celui construit par M. Jules Weiss pour l'Institut de Vienne [2] (voir fig. 1 *bis*, 2, 3, 4) ou comme celui construit récemment sur les indications de M. le Dr Pont, directeur de l'École dentaire de Lyon [3]. Ces exercices peuvent se faire également, au moins pour l'étude de l'extraction des dents, sur le squelette

---

1. Voir l'*Évolution de l'art dentaire*, l'*École dentaire*, thèse de Paris, Dr Ch. Godon. Paris, Baillière, 1901, p. 339.

2. Voir *Die Wervendung der Phantome* im *Zahnärzlichen Unterricht*. Communication à la VIe section du 3e Congrès dentaire internationale de Paris en 1900, par le Dr Fritz Schenk, démonstrateur à la Clinique dentaire de l'Université de Vienne.

3. Voir communication de M. le Dr Sauvez à la Société d'Odontologie de Paris le 10 juin 1902.

ou le cadavre, comme l'a proposé M. Lemerle fils, dans sa communication au Congrès de Paris en 1900[1].

Les quelques citations qui suivent, extraites des communications de MM. Lemerle, Fritz Schenk et Sauvez, montreront l'utilité et le mode d'emploi de ces divers appareils.

M. Lemerle fils s'exprime ainsi :

« Il est évident que l'on peut parfaitement apprendre à extraire une dent sans s'astreindre à des exercices préalables dans les amphithéâtres ; cependant, je crois que ce n'est guère qu'au moyen de démonstrations faites sur des cadavres qu'un professeur pourra expliquer parfaitement un mode opératoire (fig. 1).

» Ce n'est pas sur le vivant qu'on pourra montrer la décomposition de l'extraction en différents temps, car en ce cas le devoir de l'opérateur est de faire vite, afin d'éviter au malade la plus grande somme possible de souffrance.

» D'autre part, il arrive parfois que, dans la clinique d'une École, il y a pénurie de malades et que les étudiants ne peuvent faire alors dans une année entière qu'un nombre vraiment trop restreint d'extractions. Dans ce cas encore il peut être utile de pouvoir au moins s'exercer sur le cadavre, et somme toute, il semble que les exercices de médecine opératoire qui ont lieu pour les étudiants en médecine pourraient être tout aussi utiles, dans les limites de la spécialité qu'ils cultivent, aux étudiants en chirurgie dentaire. »

M. Fritz Schenk nous donne les indications suivantes sur l'appareil « Fantôme » :

« Les exercices préparatoires au traitement conservateur, c'est-à-dire la pose de la digue et l'obturation des dents, sont beaucoup plus importants et beaucoup plus difficiles.

» La première exige de l'habitude, si l'on ne veut pas torturer le patient; aussi disposons-nous depuis neuf ans d'un fantôme idéal construit à cet effet par M. Jules Weiss et employé sous le nom de « fantôme de l'Institut de Vienne » dans plusieurs écoles et cliniques étrangères. Il se compose, comme le montrent les figures 1 *bis* et 2, d'un crâne préparé avec sa denture complète. Le maxillaire inférieur est relié au crâne par des charnières C et permet d'ouvrir la bouche à volonté au moyen d'une glissière mobile *b*. En *a* se trouve une tige de laiton, fixée à angle obtus à la base du crâne, encastrée dans un support à jointures, correspondant à l'appui-tête de notre fauteuil d'opérations et permettant d'élever ou d'abaisser le crâne ou de le déplacer latéralement. Nous avons plusieurs fantômes semblables, qui nous ont donné les meilleurs résultats pour la démonstration et la pratique de l'emploi de la digue. Ils nous servent également à la démonstration lors du cours théorique d'extraction, avant qu'on commence les exercices d'extraction sur le cadavre.

» Le nouveau fantôme construit par M. Jules Weiss et représenté

---

1. Voir *de l'Enseignement de la technique opératoire de l'extraction sur le cadavre*, par G. Lemerle fils, communication au Congrès de 1900.

figures 3 et 4 permet à l'élève de travailler dans des conditions presque identiques à celles de la bouche du patient. Il se compose essen-

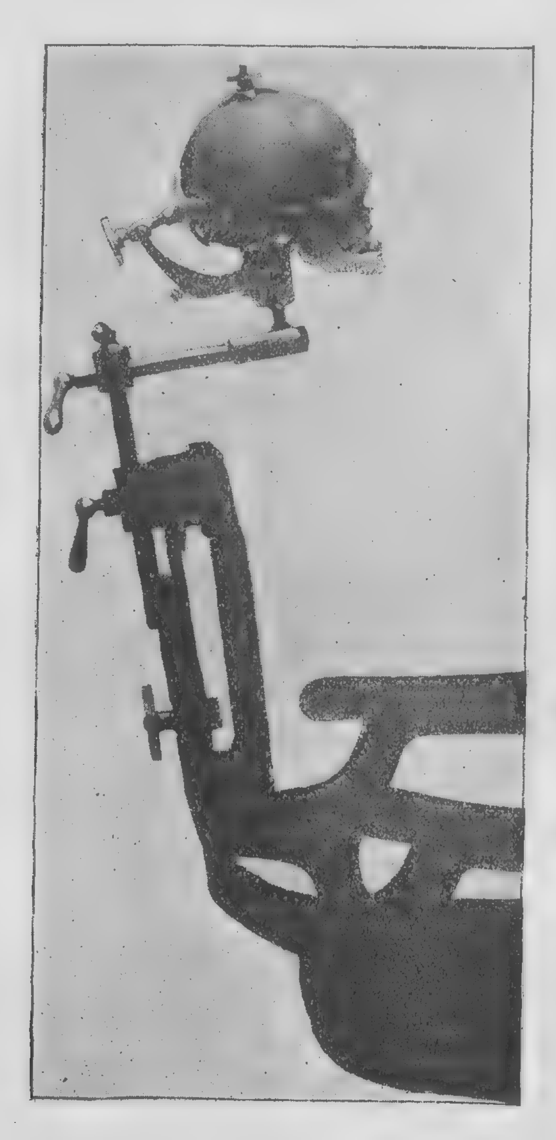


Fig. 1

tiellement des maxillaires supérieur et inférieur en métal (fig. 5), reliés l'un à l'autre avec une articulation, ce qui permet de les maintenir ouverts à l'éloignement voulu l'un de l'autre. Ces maxillaires se composent de deux cercles concentriques servant à placer les dents naturelles extraites. Le côté qui est tourné vers l'extérieur porte en

avant et en arrière, à chaque maxillaire, des boutons *g* et *h* sur lesquels une digue de caoutchouc pliée en deux peut être tendue, pour figurer des joues tendues quand la bouche est ouverte et des joues pendantes quand elle est fermée.

» Cette dernière disposition offre sur les méthodes de travail antérieures un avantage considérable, car ce sont les joues qui présentent

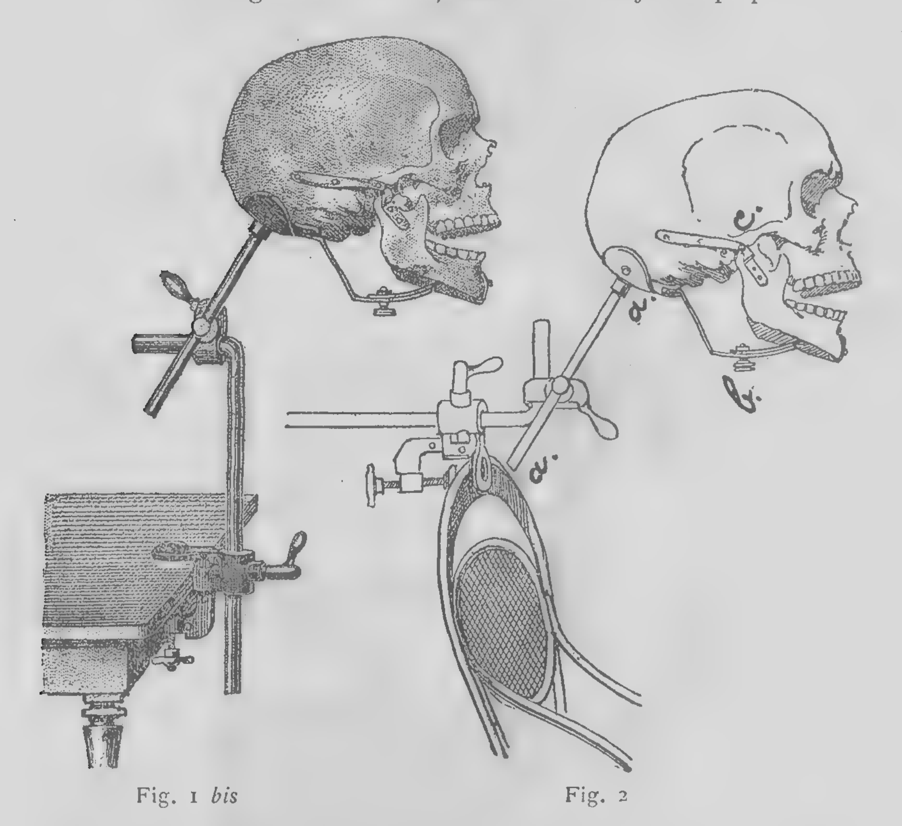



Fig. 1 *bis* Fig. 2

le plus de difficultés au commençant pour la pose de la dîgue, le forage, l'obturation des cavités, etc.

» L'appareil se fixe au moyen d'une tige, sur lequel il est monté, avec une vis à la table de travail où s'emploie comme le fantôme décrit ci-dessus, dans le fauteuil d'opérations à la place de l'appui-tête, et prend ainsi la position de la tête du patient.

» La figure 6 représente également un appareil indiqué par Th. E. Weeks et employé dans quelques écoles américaines. Cet appareil se compose de dents artificielles en caoutchouc vulcanisé, reposant à des intervalles de deux à trois millimètres dans un bloc de caoutchouc et formant un tout avec lui. »

M. le Dr Tiffany, démonstrateur, et le doyen du Collège dentaire de Chicago, notre excellent collègue et ami le Dr Brophy, nous montrèrent à la session de la Fédération à Cambridge, et à Paris,

l'année dernière, une série intéressante de travaux exécutés par leurs

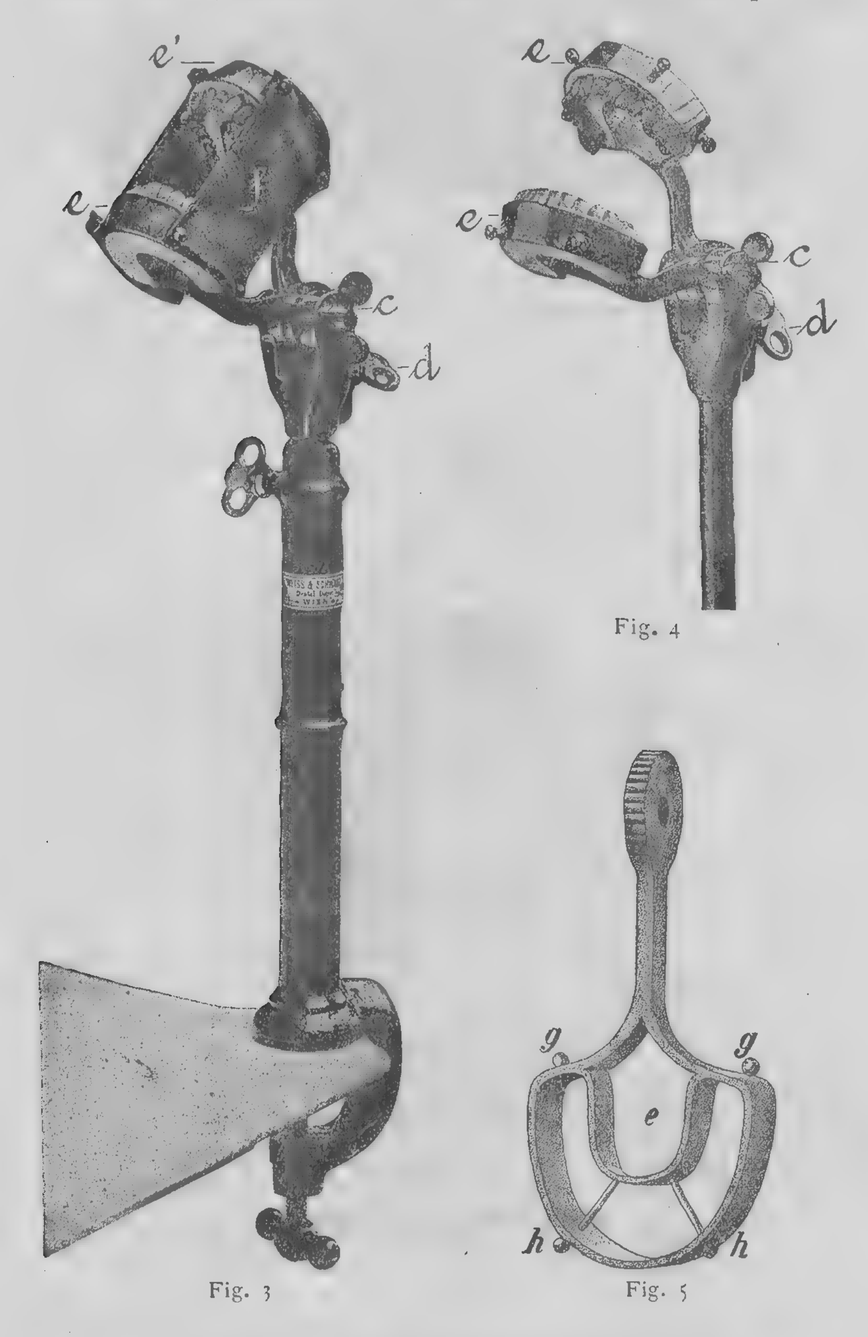



Fig. 3

Fig. 4

Fig. 5

élèves de 1re année (Freshmen) sur ce dernier appareil.

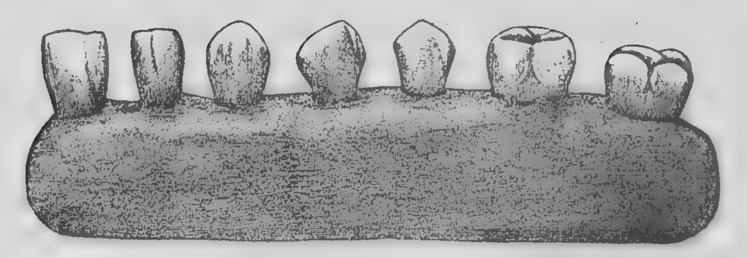


Fig. 6.

Enfin M. le Dr Sauvez a décrit ainsi l'appareil imaginé par le Dr Pont pour l'Ecole de Lyon :



Fig. 7

« Il se compose d'une tête en plâtre montée sur socle en bois ; la bouche est grande ouverte ; les dents sont en place, mais on peut les

enlever en tirant fort et l'on peut se servir de cet appareil pour les démonstrations de nettoyage, des opérations de mise en position (fig. 7). »

L'ensemble de ces divers exercices constitue l'enseignement de laboratoire préparatoire à l'enseignement technique de la chirurgie dentaire et de la dentisterie opératoire sur le malade. A raison de deux heures d'exercices par jour, cet enseignement demande environ une année pour que l'étudiant, qui avant son entrée à l'École dentaire ne s'est occupé que de son instruction générale et n'a reçu aucune éducation manuelle spéciale, puisse acquérir l'habileté, la grande dextérité que nécessite l'exécution des minutieuses opérations dentaires et aussi pour que les directeurs des dispensaires puissent sans inhumanité leur confier les malades qui viennent leur réclamer des soins, ceux-ci fussent-ils gratuits.

Nous devons ajouter que cet enseignement pratique de la dentisterie opératoire marche parallèlement autant qu'il est possible avec un enseignement élémentaire de la prothèse pratique, qui lui aussi comporte deux ou trois heures d'exercices pratiques par jour et vient compléter ainsi le programme de l'éducation manuelle si indispensable au futur praticien.

Le programme de prothèse élémentaire dû à notre ami et collègue M. Martinier, le distingué professeur de prothèse de l'Ecole dentaire de Paris, s'inspire en partie des considérations qui ont guidé notre confrère le Dr Cunningham, de Cambridge [1], dans l'organisation de son Institut de technique dentaire de Londres, et que ce dernier nous a exposées lui-même à la Société d'Odontologie de Paris, et qui, du reste, ont guidé également la plupart de ceux qui se sont occupés de l'enseignement préparatoire de la prothèse dentaire [2].

Enfin cet enseignement ne serait pas complet s'il ne comprenait un certain nombre de leçons théoriques élémentaires destinées à donner graduellement à l'étudiant, à mesure qu'il avance dans ses exercices, des explications que ne peut lui donner le démonstrateur trop occupé par la surveillance des travaux pratiques.

Ces leçons théoriques portent sur les éléments de l'anatomie dentaire, de la pathologie, de la thérapeutique spéciales et de dentisterie opératoire et sur le matériel opératoire que cette dernière comporte. Elles forment ainsi, avec quatre cours d'une heure par semaine, un enseignement théorique élémentaire très suffisant pour compléter l'enseignement pratique préparatoire.

Pour le programme de ces leçons les membres du corps enseignant qui s'en sont chargés ont suivi le programme adopté dans les divers

---

1. Voir Dr Cunningham, *L'Odontologie.*
2. Voir circulaire annuelle de l'Ecole dentaire de Paris.

volumes qui forment le *Manuel du chirurgien-dentiste* généralement adopté à l'Ecole dentaire de Paris. Ces volumes forment ainsi pour les étudiants une petite bibliothèque classique, dans laquelle ils peuvent retrouver tous les éléments qui leur sont nécessaires pour suivre utilement l'enseignement qui leur est donné[1].

Il m'a paru intéressant de présenter à la Fédération nationale, dans ces séances organisées par les deux Sociétés odontologiques parisiennes, cet enseignement que nous avons depuis quelques années introduit graduellement à l'Ecole dentaire de Paris à la suite de notre mission aux Etats-Unis, où nous l'avions déjà vu en pratique dans plusieurs écoles américaines[2]. Nous souhaiterions qu'il se généralisât dans tous les établissements d'enseignement dentaire de notre pays.

Dès notre retour d'Amérique en 1893, nous avons tenté de constituer d'abord un cours élémentaire destiné à donner aux nouveaux élèves de l'Ecole les premières notions avant qu'ils soient autorisés à aborder la clinique. Il se composait au début de quelques leçons théoriques élémentaires, complétées par quelques démonstrations pratiques sur des dents implantées dans des modèles en plâtre. Après trois mois de cours les élèves subissaient un examen probatoire, après lequel ils étaient admis à prendre des malades à la clinique. Les premiers résultats, très satisfaisants, nous encouragèrent à donner graduellement plus d'extension à cet enseignement. Mais nous avions à vaincre une habitude qui datait de la fondation de l'Ecole et suivant laquelle les élèves étaient admis dans la salle de dentisterie opératoire dès leur entrée à l'Ecole. Cette pratique s'expliquait au commencement, parce que les étudiants étaient pour la plupart ou des praticiens qui venaient à l'Ecole pour compléter leurs connaissances techniques et obtenir le nouveau diplôme ou des étudiants ayant débuté dans la profession par un stage de deux ou trois ans au laboratoire de prothèse, mais ayant, dans tous les cas, dès leur entrée à l'Ecole cette éducation manuelle qui fait défaut à l'élève sortant du collège ou au nouveau docteur sortant de l'Ecole de médecine.

Aussi c'est seulement pendant l'année scolaire 1900-1901 qu'avec le concours du dévoué chef de clinique qui m'avait été adjoint pour ce service, M. A. Weber, je pus réussir à faire suivre aux élèves d'une manière régulière un enseignement méthodique d'une durée à peu près suffisante. C'est seulement cette dernière année que ce programme a pris la forme sous laquelle je le présente aujourd'hui et qu'il a donné les résultats très satisfaisants que tous mes collègues ont pu apprécier au moment des examens probatoires de première année et dont vous pouvez voir des spécimens par ces préparations d'un de nos bons

1. Voir *Manuel du chirurgien-dentiste.*
2. Voir *Mission aux États-Unis.*

élèves, M. H. Villain. Ces résultats ont été obtenus cette année grâce au concours très dévoué, très continu, de M. Blatter, chef de clinique, qui nous assistait, mon collègue, M. Mendel Joseph et moi, concours auquel je suis heureux de rendre justice. J'ajoute que j'ai trouvé également dans les chefs de clinique qui ont été chargés des leçons théoriques la collaboration la plus éclairée et la plus utile.

*Conclusions.* — Avant d'aborder l'exposé du programme proprement dit, nous devons ajouter que l'expérience nous a appris que diverses modifications pourraient être utilement apportées à cet enseignement qui, selon nous, n'en est qu'à ses débuts et est appelé à prendre une place de plus en plus importante pour l'enseignement de l'art dentaire, surtout depuis la création d'une 4e année d'études. C'est ainsi que la Commission d'enseignement et le Conseil d'administration de l'Ecole dentaire de Paris ont admis récemment les diverses propositions que nous leur avons présentées dans ce but :

1° L'inscription de l'appareil fantôme dans les instruments que doit posséder l'étudiant ;

2° L'extension de l'enseignement sur le fantôme aux trois première années d'études afin que l'élève exécute toujours toute nouvelle opération sur le « fantôme » avant de l'exécuter sur le malade, suivant le principe indiqué au début de cette communication, le « fantôme » étant considéré comme le « *malade préparatoire* », le « *malade d'attente* », le « *malade d'essai* ». Nous espérons également qu'il sera bientôt considéré également comme le « *malade de réserve* », destiné à fournir à l'élève inoccupé faute de malade l'occasion d'exécuter un plus grand nombre d'opérations que celles qu'il peut exécuter sur les malades en nombre limité qu'il trouve au dispensaire.

Avec cette conception il serait possible d'augmenter considérablement le nombre d'opérations diverses (obturations, aurifications, couronnes, bridges, etc.), qu'on demande à chaque élève pendant ses trois ou quatre années d'études et de mieux graduer les diffficultés des travaux à exécuter avec la force des élèves. Il serait possible aussi de remédier à la pénurie des malades qui se produit dans les écoles qui ont beaucoup d'élèves et surtout de réserver dans la mesure du possible le plus grand nombre des malades aux étudiants plus instruits, à ceux de 4e année qui en France ont obtenu le droit de pratique légale.

Nous verrions aussi avec plaisir adjoindre aux quatre cours théoriques élémentaires un cours théorique des éléments de prothèse, au moins dans ses applications à la dentisterie opératoire.

Nous pensons qu'avec le développement qu'est appelé à prendre ce nouvel enseignement il conviendrait de créer dans les Écoles dentaires un laboratoire spécial de dentisterie opératoire distinct du Service de dentisterie opératoire du Dispensaire réservé aux ma-

lades, distinct aussi du laboratoire de prothèse et spécialement aménagé pour le but proposé.

Nous conclurons donc par la proposition suivante déjà exprimée au début de cette communication.

*Il y a avantage tant au point de vue humanitaire que pédagogique, à ce que l'étudiant en dentisterie ne soit admis à exécuter des opérations dentaires sur les patients que lorsqu'il se sera préalablement exercé plusieurs fois au laboratoire, en dehors de la bouche d'un malade, à la pratique de ces mêmes opérations.*

---

## PROGRAMME DE L'ENSEIGNEMENT PRÉPARATOIRE THÉORIQUE

Ce programme a été divisé en quatre cours :

1° Eléments d'anatomie buccale et dentaire ;

2° Eléments de pathologie et de clinique dentaires ;

3° Eléments de thérapeutique spéciale et d'antisepsie ;

4° Éléments de dentisterie opératoire et du matériel opératoire qu'elle comporte [1].

Ces cours, d'une durée d'une heure, suivent les travaux pratiques. Ils sont chacun au nombre de 15, à raison d'un par semaine, formant un total de 60 leçons. Il est désirable qu'ils soient portés à 30 chacun afin de durer pendant toute la 1re année scolaire.

Ces leçons sont pour la plupart précédées ou suivies d'interrogations sur la leçon précédente, avec les explications jugées nécessaires pour les élèves qui n'ont pas suffisamment suivi.

Elles permettent ainsi pour l'enseignement technique théorique le parallélisme des cours dont nous nous sommes faits le défenseur dans notre thèse sur l'enseignement dentaire, par opposition au système de superposition des cours.

### ÉLÉMENTS D'ANATOMIE BUCCALE ET DENTAIRE[1].

*Cavité buccale.* — Siège, forme, parois (lèvres joues, voûte palatine, plancher de la bouche, isthme du gosier, arcades dentaires).

*Dents.* — Définition. Rôle physiologique. Différentes parties de la dent (couronne, racine, collet). Nombre de dents. Dentition temporaire et permanente. Formule dentaire. Groupes de dents (incisives, canines, molaires). Caractères communs aux dents de chaque groupe. Caractères propres à chaque dent dans la dentition permanente et la dentition temporaire. Dispositions et rapports réciproques des arcades dentaires. Structure de la dent. Tissus durs (ivoire, émail, cément), tissus mous (pulpe, ligament alvéolo-dentaire, gencive).

*Squelette.* — Maxillaire inférieur. Maxillaire supérieur. Articulation temporo-maxillaire. Muscles masticateurs. Muscles de la région sus-hyoïdienne. Muscles des lèvres, des joues, voile du palais, langue. Glandes salivaires. Généralités sur les vaisseaux, nerfs et lymphatiques de la région buccale.

---

1. Ces cours ont été faits cette année par MM. Maire, Audy, Paulme et de Croës, chefs de clinique et les programmes résumés qui suivent sont ceux qu'ils ont adoptés.

### Éléments de pathologie et de clinique dentaires.

1° Définition et division de la pathologie. Causes. Symptômes, diagnostic, pronostic. — Etudes des causes *a)* mécaniques (piqûres, sections, contusions), *b)* physiques (chaleur, froid, électricité), *c)* chimiques (caustiques), *d)* agents animés (parasites, agents infectieux) ;

2° Mode d'action des agents infectieux. Infection. Suppuration. Carie dentaire. Etiologie de la carie ;

3° Classification et degrés de la carie. Caries du 1er et 2e degré, dentine secondaire ;

4° Caries du 3e degré, Pulpites ;

5° Caries du 4e degré. Périostites, fluxions, abcès, fistules, exostoses ;

6° Le tartre. Gingivites et stomatites en général ;

7° Gingivites et stomatites en particulier. Ulcérations buccales ;

8° Dentition. Périodes. Accidents de la 1re dentition ;

9° 2e et 3e périodes de la dentition, accidents, de l'extraction des dents caduques ;

10° Anomalies dentaires. Anomalies d'éruption ;

11° Anomalies dentaires. Anomalies d'arrangement ;

12° Anomalies dentaires. Anomalies de constitution. Anomalies des maxillaires ;

13° Extraction. Indications, contre-indications. Soins préliminaires ;

14° Accidents de l'extraction (hémorragie, infection alvéolaire) ;

15° Suites pathologiques (obturations douloureuses, infectieuses).

### Éléments de thérapeutique spéciale et d'antisepsie

Définitions. Médications. Remèdes moraux, physiques, pondérables. Médicaments. Matière médicale. Etudes des médicaments, leur origine animale, végétale, minérale. Pharmacologie. Etudes des formes thérapeutiques. Pharmacodynamique.

Méthodes et procédés thérapeutiques.

Voies d'introduction des médicaments. Action et élimination. Tolérance. Intolérance. Accoutumance. Accumulation. Antagonisme. Incompatibilité. Doses.

Art de formuler.

Formes pharmaceutiques.

Classification des médicaments.

Thérapeutique spéciale de la carie dentaire, carie du 1er degré, du 2e degré, du 3e degré, du 4e degré.

Extraction. Asepsie. Antisepsie. Antiseptiques. Anesthésie locale, générale.

### Éléments de dentisterie opératoire

Définitions.

Instruments principaux. Description. Mode d'emploi. Examen de la bouche. Précautions antiseptiques. Nettoyage des dents. Définition. Instruments. Mode d'emploi.

Traitement de la carie dentaire. Classification. Sièges de la carie. Préparation d'une cavité.

Traitement des caries du 1er degré.

Traitement des caries du 2e degré, distante de la pulpe, voisine de la pulpe.

Traitement des caries du 3e degré.

Conservation de la pulpe, totale ; coiffage ; partielle ; amputation, coiffage, destruction pulpaire, dévitalisation, extirpation, obturation des canaux, de la cavité.

Traitement des caries du 4e degré, simple, compliqué.

Complications, périodontite, œdème, abcès, fistule, nécroses, kystes.

Restaurations partielles, obturations, matières obturatrices seules, gutta-percha, ciment, amalgame, étain, or ; matières obturatrices combinées.

Restauration totales : couronnes d'or ou porcelaine. Dents à pivot. Extraction des dents. Définition. Instruments. Théorie mécanique de l'extraction. Procédés d'extraction, précautions préparatoires. Antisepsie. Précautions postopératoires. Extractions compliquées.

### Programme de l'Enseignement préparatoire pratique.

Nous avons, au début de cette communication, dans les considérations générales, indiqué le plan général de l'organisation des démonstrations pratiques.

Pendant deux heures tous les matins les élèves sont exercés par un démonstrateur aux minutieuses manipulations qu'exigent les diverses opérations pratiquées généralement en dentisterie opératoire pour le traitement et la *restauration* des dents. Ils commencent par l'étude de la forme extérieure et de la structure interne des dents, qu'ils reproduisent par le dessin d'abord, par la sculpture ensuite et continuent par les exercices proprement dits de dentisterie opératoire dans les conditions déjà mentionnées.

Ils indiquent sur des feuilles de travail ou fiches, dont on trouvera le modèle à la fin de cette communication, les différents travaux pratiques exécutés; ces fiches portent des schémas comme celles qui sont employées pour les malades au dispensaire, ce qui habitue de bonne heure les élèves à indiquer l'état de la bouche de leurs patients.

Enfin nous avons indiqué dans le cours du programme pratique, comme nous l'avons déjà fait pour le programme théorique, le plus souvent comme références, les divers volumes du *Manuel du chirurgien-dentiste,* qui ont l'avantage de nous offrir une petite encyclopédie dentaire facile à suivre par le démonstrateur et à consulter par l'élève.

---

## PROGRAMME

### DE L'ENSEIGNEMENT PRÉPARATOIRE PRATIQUE DE DENTISTERIE OPÉRATOIRE POUR LA PREMIÈRE ANNÉE

Ce programme comprend trois grandes divisions réparties chacune sur cinq semaines de cours, soit quinze semaines, représentant environ quatre-vingt-dix leçons pratiques de deux heures chacune, spécialement réservées aux démonstrations du démonstrateur et aux exercices pratiques de l'étudiant [1].

1re *division* : Démonstrations, exercices et travaux pratiques de dentisterie opératoire au laboratoire, sans le tour, sur des dents artificielles en caoutchouc blanc vulcanisé, en bois ou en ivoire, implantées dans des blocs de plâtre. (Caries des 1er et 2e degrés.)

1. Nous avons dû limiter ce programme afin de le faire cadrer avec le Règlement actuel de l'Ecole dentaire qui fixe à un semestre ces nouveaux travaux pratiques ; mais il serait de beaucoup préférable à bien de points de vue de l'étendre de manière qu'il puisse suffire pendant toute la première année, comme on le verra plus loin.

Remettre en sortant ce bulletin au gardien et prière de ne pas le plier

N° 1565

# ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

**Laboratoire de Prothèse**

*Travail de* Dentisterie Opératoire

*Indiquer le nombre de dents*

*Confié à M* Henri Sillain

*Elève de* 1re *année*

*Commencé le* 16 Decemb 1901

*Terminé le* .......... 1

SIGNATURE DE L'ÉLÈVE.

[signature]

CÔTÉ DROIT D H G B CÔTÉ GAUCHE

Inscrire, s'il y a lieu, l'observation plus complète au verso

| DATES DES SÉANCES | INDICATION DU TRAVAIL JOURNALIER | NOTE | VISA DU PROFESSEUR OU DU CHEF DES TRAVAUX PRATIQUES |
|---|---|---|---|
| Samedi 14 Dec | Obturation Gutta + 2/2 | Six | [illegible] |
| Lundi 16 Dec | " ciment + 1/4 | [illegible] | [illegible] |
| 17 Decembre | " Gutta collet + 7 | Six | [illegible] |
| " " | " ciment + 4/5 | Six | [illegible] |
| 18 Decemb | Fabrication de Gutta | Six | [illegible] |
| 19 Decembre | obturation ciment + 5/8 | Six | [illegible] |
| " " | " amalgam 6 + 6 | Six | [illegible] |
| " " | " " + 7/8 | Six | [illegible] |
| 20 " | " amalg. + 6 | Six | [illegible] |
| 20 " | " " + 8 | Six | [illegible] |
| | " " + 6 | Six | [illegible] |
| Vendredi 20 Dec 1901 | Note Générale : | Six | [illegible] |

**AVIS AUX ÉLÈVES.** — L'élève doit à la première séance inscrire sur cette carte les divers renseignements concernant le travail qui lui a été confié et le représenter sur le schéma aussi exactement que possible en indiquant l'étendue de l'appareil, le nombre de dents à remplacer par une X, les racines par un angle ^

*Les cartes individuelles remises à l'élève à son entrée au laboratoire doivent être rendues au gardien à la sortie avec le visa du Professeur, ou du chef des travaux pratiques ou du démonstrateur de service, ou, en leur absence, au surveillant général.*

2^e^ *division* : Démonstrations, exercices et travaux pratiques de chirurgie dentaire et de dentisterie opératoire au fauteuil d'opérations sur l'appareil « fantôme » avec emploi du tour, sur dents naturelles implantées dans des blocs en plâtre. (Caries du 3^e^ et du 4^e^ degré.)

3^e^ *division* : Exercices d'ablation du tartre, de nettoyage des dents et d'extraction sur l'appareil fantôme ou le squelette (fixés sur le fauteuil d'opérations).

## PREMIÈRE DIVISION

*Cinq semaines, six leçons de deux heures par semaine, trente leçons.*

*1° Démonstrations, exercices et travaux pratiques de dentisterie opératoire au laboratoire, sans le tour, sur dents artificielles en caoutchouc blanc vulcanisé, sur dents en bois ou en ivoire, implantées dans des blocs en plâtre. (Caries des 1^er^ et 2^e^ degrés.)*

*Étude de la forme extérieure des dents.*

*Reproduction : 1° par le dessin ; 2° par la sculpture à la cire, puis en caoutchouc blanc et facultativement en bois ou en ivoire.*

*1^re^ leçon pratique, 1^re^ fiche.*

Dessin des trois dents types supérieures (fig. 8).

Description par le démonstrateur de la forme extérieure des trois dents types.

1° Grande incisive supérieure ;
2° Canine supérieure ;
3° Grosse molaire supérieure.

Reproduction au tableau par le démonstrateur.

Reproduction sur le papier par les élèves.

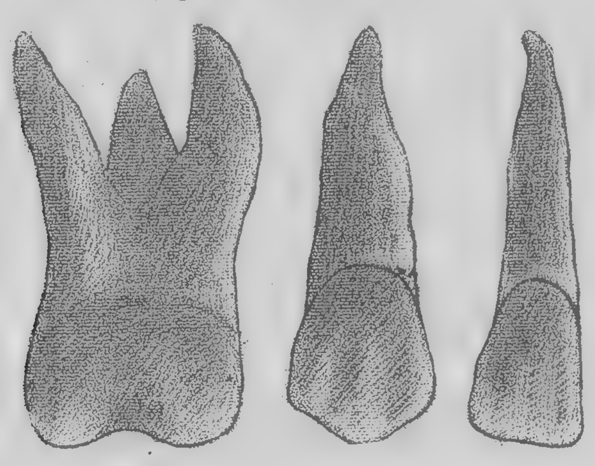


Fig. 8

(Indiquer aux élèves à chaque séance ce qu'il faut apporter pour le lendemain et inscrire d'avance au tableau le sommaire de la prochaine leçon pratique afin que l'élève puisse s'y préparer.)

*2e leçon pratique, 2e fiche.*

Dessin des trois dents types inférieures.

Description par le démonstrateur de la forme extérieure de trois autres dents types :

1° Une incisive inférieure ;

2° Une canine inférieure ;

3° Une grosse molaire inférieure.

Insister sur les caractères distinctifs et les faces, fossettes, sillons, rainures et fissures, lieux d'élection habituels de la carie[1].

Reproduction au tableau par le démonstrateur.

Reproduction sur le papier par les élèves.

*3e leçon pratique, 3e fiche.*

Dessin des huit dents du haut et du bas articulées.

Description par le démonstrateur de la forme extérieure de la série des huit dents supérieures et des huit dents inférieures articulées avec leurs caractères distinctifs[1].



Fig. 9 Fig. 10

Dessin au tableau par le démonstrateur (fig. 9 et 10).

Reproduction sur papier par chaque élève.

*4e leçon pratique, 4e fiche.*

Reproduction des dents supérieures en caoutchouc.

Reproduction des trois dents types en cire par le démonstrateur, puis par les élèves[1]. Mise en moufle et bourrage.

Remise au démonstrateur journalier de prothèse de chaque moufle pour la cuisson dans l'après-midi pour pouvoir les réparer le lendemain.

---

1. Voir pour ces descriptions et ces démonstrations le volume *Anatomie et physiologie de la bouche et des dents* d'E. Sauvez, pages 180 à 224 (Manuel du chirurgien-dentiste), l'article *dents* d'Amoëdo dans l'Anatomie de Poirier, etc. et les modèles de dents de Röse, de Munich.

*5e leçon pratique.*

Réparation des dents en caoutchouc blanc vulcanisé après sortie du moufle et polissage :

1° Par le démonstrateur ;

2° Par les élèves.

*6e leçon pratique.*

Reproduction des trois dents types inférieures en cire par le démonstrateur, puis par les élèves.

Mise en moufle et bourrage.

Remise au démonstrateur journalier de prothèse pour cuisson.

Les dents doivent être sculptées avec leurs racines.

*7e leçon pratique.*

Réparation des dents montées en caoutchouc blanc vulcanisé après sortie du moufle et polissage :

1° Par le démonstrateur.

2° Par les élèves.

Puis scellement sur blocs en plâtre stéarinés ou boratés.

Lorsqu'ils ont terminé les travaux pratiques ci-dessus indiqués, les élèves complètent la série des dents en caoutchouc blanc de façon à la porter à quatorze dents supérieures et quatorze dents inférieures ; ils peuvent également, si le temps le permet, s'exercer utilement au maniement des divers instruments, en sculptant les mêmes dents sur bois ou sur ivoire.

Des notes spéciales peuvent leur être données pour ces travaux supplémentaires.

Les dents peuvent être dessinées d'abord et sculptées ensuite en cire, ou dessinées et sculptées à la cire par séries comprenant les trois dents supérieures, les trois inférieures, les cinq autres supérieures et inférieures ; mais la mise en moufle, le bourrage, la cuisson, la réparation, le polissage et le scellement dans les blocs ne doivent être faits que la deuxième semaine au plus tôt, afin de correspondre avec le programme élémentaire de la prothèse pratique. Quelques élèves ayant terminé les premiers leur série dans de bonnes conditions peuvent être désignés comme moniteurs pour aider leurs camarades moins habitués aux maniements des instruments et moins avancés [1].

*8e leçon pratique, 5e fiche.*

Reproduction des caries.

Description par le démonstrateur des désordres causés par la carie

---

1. On peut pour alléger le programme du cours pratique de dentisterie opératoire et consacrer plus de temps aux exercices de dentisterie proprement dite en reportant les 4 leçons consacrées à la sculpture des dents dans le programme de prothèse pratique. Cela offre l'avantage d'éviter de décourager au début du cours les élèves inhabiles à la sculpture des dents et qui par suite font des dents informes sur lesquelles il leur est ensuite difficile d'exécuter convenablement les travaux pratiques de dentisterie (préparation de caries, obturations), etc. Dans ce cas, il faut leur procurer des dents en caoutchouc blanc vulcanisé toutes prêtes dès la 4e leçon. Il serait souhaitable que l'on pût trouver ces dents ainsi préparées chez les fabricants de caoutchouc dentaires à des prix modérés.

que le dentiste rencontre le plus souvent sur les dents, au point de vue de leur siège, de leur étendue et de leur classification[1].

Tableau de la classification des caries. (Voir Godon, page 208).

Reproduction de cavités simples, centrales, faces triturantes ou occlusales d'après leur siège et leur étendue habituels.

Reproduction par le démonstrateur et les élèves avec les rugines fraisées et forets à la main, sans l'emploi du tour, sur les dents en caoutchouc vulcanisé qu'ils ont préparées, des différentes cavités simples et composées. (Caries des 1er et 2e degrés.)

Chaque genre de cavité doit être reproduit au moins deux fois.

*9e leçon pratique.*

Reproduction des cavités latérales : interstitielles ou proximales (médianes, distantes), labiales et jugales, linguales et palatines sur le même bloc de dents en caoutchouc vulcanisé.

*10e leçon pratique.*

Reproduction des cavités cervicales.

*11e leçon pratique.*

Reproduction des cavités composées : médio-triturantes, disto-triturantes.

*12e leçon pratique.*

Reproduction de cavités composées : labio ou jugo-triturantes linguo ou palato-triturantes.

*13e leçon pratique.*

Reproduction de cavités composées portant à la fois sur les faces médianes, distantes, labiales ou jugales, linguales ou palatines et cervicales ou coronales.

Le nombre minimum de cavités à faire à raison de deux par catégorie est de vingt-deux, soit :

Caries simples :

2 centrales, triturantes (grosses molaires).
2 latérales, interstitielles, médianes (incisives centrales).
2 latérales, interstitielles, distantes (incisives latérales).
2 latérales, jugales (molaires).
2 latérales, palatines ou linguales (molaires).
2 cervicales (canines).

Caries compliquées :

2 médio-triturantes (petites molaires).
2 disto-triturantes (petites molaires).
2 jugo-triturantes (molaires).
2 linguo-triturantes (molaires).
2 médianes-distales-jugales-linguales-triturantes ou coronales (molaires).

---

1. Voir pour ces descriptions et ces démonstrations les volumes *Pathologie des dents et de la bouche* de L. Frey, pages 18 à 26 et *Clinique dentaire et dentisterie opératoire* de Ch. Godon, pages 202 (Manuel du chirurgien-dentiste, (Traité de la carie dentaire de P. Dubois, etc.) et montrer les dents de Röse.

*14e leçon pratique, 6e fiche.*

Indication et démonstration par le démonstrateur des conditions de préparation des cavités pour leur obturation suivant le siège de la cavité, son étendue, la substance employée et les procédés de rétention pour les substances plastiques. (Voir Godon, pages 206, 207, 209, 210, (fig. 11 et 12).

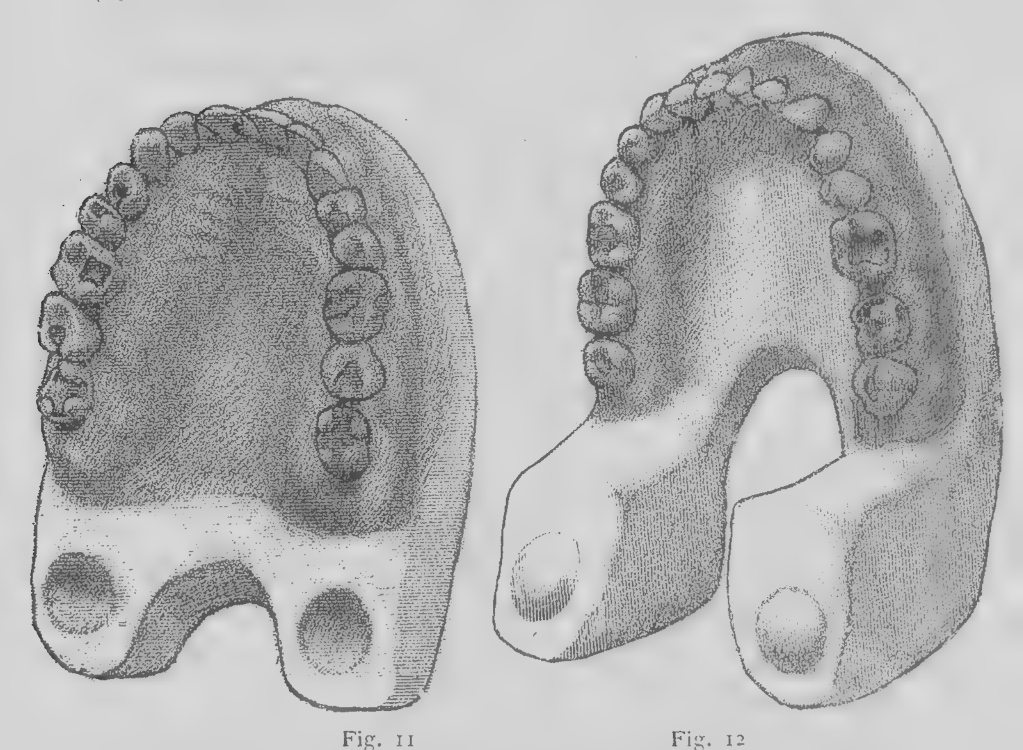


Fig. 11 Fig. 12

Indication et choix des instruments nécessaires et mode d'emploi.

Préparation pour l'obturation avec des substances plastiques des cavités centrales triturantes.

*15e leçon pratique.*

Préparation pour l'obturation à l'aide de substances plastiques de cavités latérales, interstitielles, médianes, distantes, labiales et jugales.

*16e leçon pratique.*

Préparation des cavités cervicales.

*17e leçon pratique.*

Préparation de cavités composées, médio-triturantes, disto-triturantes.

*18e leçon pratique.*

Préparation des cavités composées: jugo-triturantes, linguo-triturantes.

*19e leçon pratique.*

Préparation de cavités composées : médianes-distales, jugales-linguales-cervicales-triturantes ou coronales.

Le démonstrateur indique et fait exécuter les différents modes de rétention d'après les substances obturatrices employées, le siège et la forme des cavités, forme géométrique, rainure, point de rétention, etc., (Voir Godon, pages 206, 207.)

*20e leçon pratique.*

Indication par le démonstrateur du choix et du mode d'emploi des substances d'obturation [1].

Procédés d'obturation de cavités avec la gutta-percha. Procédés de préparation de la gutta pour les usages dentaires par le démonstrateur.

L'élève obturera avec la gutta au moins deux cavités parmi celles qu'il aura préparées dans les dents de caoutchouc.

*21e leçon pratique.*

L'élève obturera avec le ciment au moins deux cavités parmi celles qu'il aura préparées dans les dents de caoutchouc.

Procédés d'obturation des cavités avec le ciment.

Procédés de préparation des différents ciments par le démonstrateur, oxyde de zinc et chlorure de zinc, etc.

*22e leçon pratique.*

L'élève obturera avec l'amalgame au moins trois cavités parmi celles qu'il aura préparées dans les dents de caoutchouc.

Procédé d'obturation des cavités avec l'amalgame.

Procédés de préparation de l'amalgame par le démonstrateur.

*23e leçon pratique.*

Procédés d'obturation des cavités avec la gutta-percha combinée avec le ciment.

*24e leçon pratique.*

Procédé d'obturation des cavités avec la gutta-percha combinée avec l'amalgame.

*25e leçon pratique.*

Procédé d'obturation des cavités avec le ciment et l'amalgame combinés.

Polissage des diverses obturations.

---

1. Voir pour ces descriptions et ces démonstrations le volume *Thérapeutique spéciale, anesthésie, formulaire* par M. Roy, page 152.

*26-27-28-29-30e leçons pratiques.*

Les cinq dernières leçons pourront être employées par les élèves qui auront terminé la première division de travaux pratiques à la reproduction et au perfectionnement des mêmes exercices de préparation et d'obturation des cavités sur des dents de bois ou d'ivoire.

## DEUXIÈME DIVISION

*Cinq semaines, six leçons de deux heures par semaine, trente leçons.*

*Démonstrations et exercices pratiques de dentisterie opératoire au fauteuil d'opérations sur l'appareil fantôme, avec emploi du tour, sur dents naturelles montées sur bloc de plâtre.*

*Manœuvres pour le traitement et l'obturation des caries des 3e et 4e degrés, emploi des instruments, sondes à canaux, pose de la digue, etc., tour à fraiser, position du patient et de l'opérateur, etc.*

*31e à 36e leçons.*

Description par le démonstrateur de l'anatomie des trois dents types (émail, dentine, cément, pulpe, rameaux vasculo-nerveux)[1] :

1° Grande incisive supérieure;

2° Grande canine supérieure;

3° Grande grosse molaire supérieure.

Description sommaire des désordres mécaniques causés par les caries des 3e et 4e degrés[2] (fig. 13).



Fig. 13

Reproduction au tableau par le démonstrateur, sur le papier par les élèves (fig. 14):

1. Voir E. Sauvez, pages 238 à 264, la dent iconographique de Lemercier, les modèles de dents de Röse, etc.
2. Voir L. Frey, page 26 à 53.

1° Des trois dents types supérieures sectionnées verticalement de façon à montrer leurs différents tissus ;

2° Des trois dents types inférieures préparées dans les mêmes conditions ;

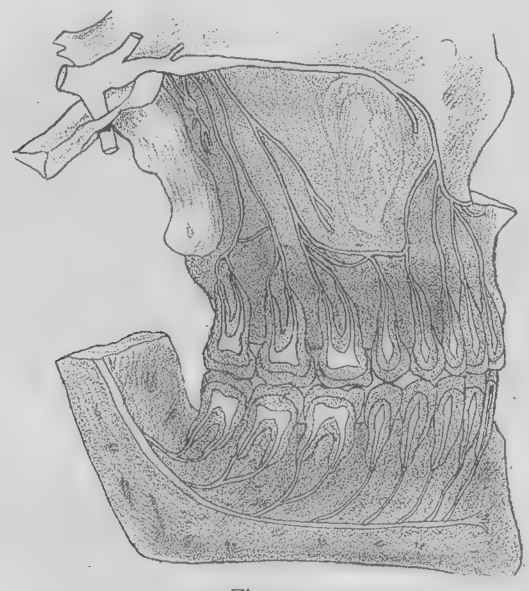


Fig. 14

3° De la série des huit dents supérieures et inférieures ainsi préparées.

*37e leçon pratique, 6e fiche.*

Préparation sur des dents naturelles mises en plâtre et fixées à l'appareil fantôme de cavités de caries du 3e et 4e degrés avec l'emploi du tour.

Préparation de cavités centrales, triturantes du 3e degré.

Démonstrations de l'emploi des instruments. Tour à fraiser, etc. Procédés de séchage. Placement de la digue, etc.

*38e et 39e leçons pratiques.*

Préparation sur dents naturelles de cavités latérales, interstitielles, médianes, distantes, du 3e et 4e degrés.

*40e leçon pratique.*

Préparation de cavités latérales, labiales ou jugales, linguales ou palatines, au 3e et au 4e degré.

*41e leçon pratique.*

Préparation de cavités cervicales, 3e et 4e degrés.

*42e leçon pratique.*

Préparation de cavités composées : médio-triturantes, 3e et 4e degrés.
Préparation de cavités composées : disto-triturantes, 3e et 4e degrés.

*43e leçon pratique.*

Préparation de cavités composées :
Préparation de cavités labio-triturantes, 3e et 4e degrés.
Préparation de cavités linguo-triturantes, 3e et 4e degrés.

*44e leçon pratique.*

Préparation de cavités composées 3e et 4e degrés médianes, distantes, jugales, linguales, cervicales-triturantes ou coronales.

*Note.* — Les dents naturelles ainsi préparées comme caries du 3e degré devront seulement avoir leur cavité pulpaire ouverte en un point et prête pour le coiffage ou l'application de l'agent caustique de dévitalisation.

Les dents naturelles préparées au 4e degré devront, au contraire, avoir leur chambre pulpaire entièrement ouverte et la dent prête pour le traitement antiseptique des canaux.

Les dents préparées au 3e degré serviront ensuite pour les manœuvres d'obturation ; les dents préparées au 4e degré devront rester ouvertes pour permettre d'examiner la préparation des canaux et des cavités.

*45e leçon pratique.*

Reproduction sur une des dents naturelles préparées au 3e degré scellées sur bloc en plâtre monté sur l'appareil fantôme, des manœuvres du coiffage après explications par le démonstrateur. (Fig. 15 et 16.)

Le coiffage terminé, la dent sera sciée dans toute sa longueur en présence du démonstrateur afin que l'on puisse juger du travail.

*46e leçon pratique.*

Reproduction des manœuvres pour la dévitalisation pulpaire, application de l'acide arsénieux, exercices pour apprendre à faire des pansements caustiques.

Le pansement terminé, la dent doit être sciée dans le sens de sa longueur.

Les élèves doivent avoir une pharmacie semblable à celle employée dans la salle de la dentisterie opératoire.

*47e leçon pratique.*

Reproduction des manœuvres pour l'ouverture de la cavité pulpaire sur la grosse molaire, et l'extraction des nerfs, emploi du tire-nerfs et des sondes.

Exercices pour apprendre à faire les mèches à canaux ; les élèves doivent en faire pour rester à demeure dans le canal, et pour sortir, destinées au nettoyage du canal ou à son pansement.

*48e leçon pratique.*

Exercices pour apprendre à faire les pansements antiseptiques, pour le nettoyage et le traitement des canaux.

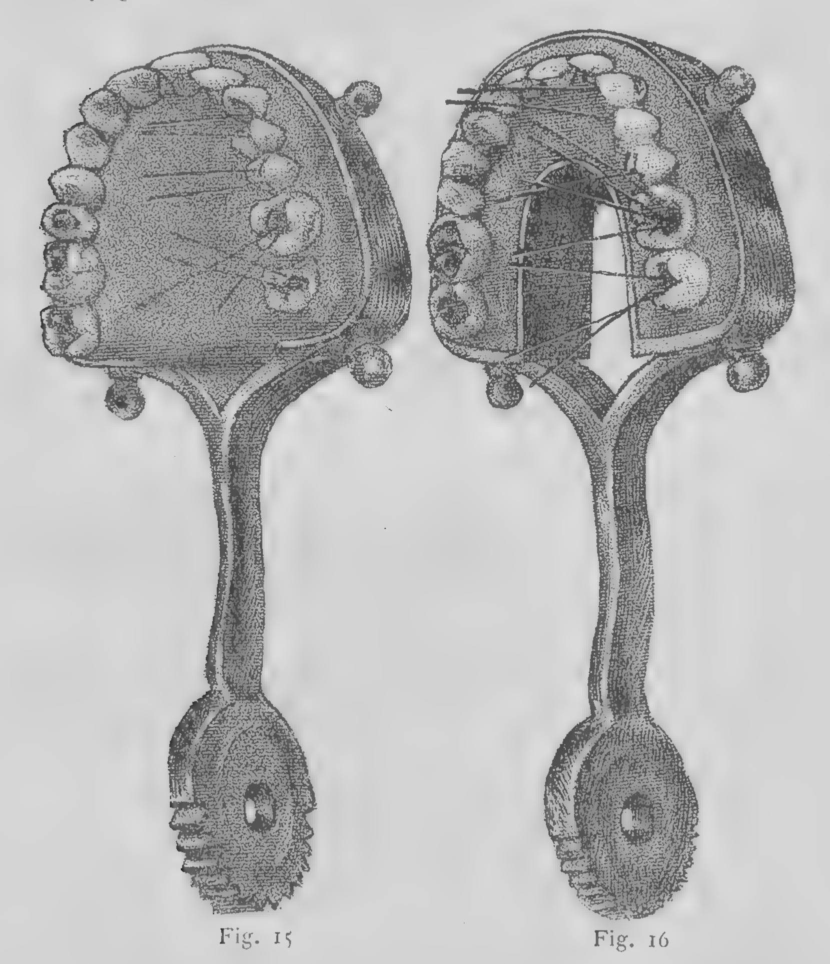


Fig. 15 Fig. 16

L'élève devra, dans sa préparation, laisser dans les canaux les sondes avec les mèches antiseptiques.

Les préparations pourront être faites sur les dents naturelles implantées dans les blocs de plâtre à la table du laboratoire, puis répétées sur l'appareil fantôme placé au fauteuil.

*49e leçon pratique.*

Préparation pour l'obturation des différentes cavités des 3e et 4e degrés sur des dents naturelles scellées dans un modèle en plâtre fixé sur l'appareil fantôme. Position de l'opérateur.

Mode d'emploi des divers instruments nécessaires, tour, digue,

clamps. Divers procédés de rétention. Préparation des cavités centrales-triturantes.

*50e leçon pratique.*

Préparation des différentes cavités latérales, interstitielles, médianes, distantes.

*51e leçon pratique.*

Préparation de cavités latérales, labiales ou jugales, linguales ou palatines.

*52e leçon pratique.*

Préparation des différentes cavités cervicales.

*53e leçon pratique.*

Préparation des différentes cavités composées : médio ou disto-triturantes linguo ou juguo-triturantes.

*54e leçon pratique.*

Préparation des différentes cavités composées : médianes, distantes, jugales, linguales, cervicales triturantes ou coronales.

*55e leçon pratique.*

Indication par le démonstrateur du choix et du mode d'emploi des différentes substances d'obturation pour les cavités des 3e et 4e degrés.

Procédé d'obturation de cavités avec la gutta-percha, préparation de la cavité, emploi des instruments avec l'appareil fantôme. L'élève doit obturer avec la gutta au moins trois cavités de dents naturelles préparées.

*56e leçon pratique.*

Procédé d'obturation de cavités avec le ciment (trois cavités).

*57e leçon pratique.*

Procédé d'obturation de cavités avec l'amalgame.

*58e leçon pratique.*

Procédé d'obturation des cavités avec le ciment combiné avec l'amalgame.

*59e leçon pratique* [1].

Indications élémentaires sur les différentes méthodes d'aurification dites à l'or mou ou non cohésif à l'aide de l'étain en feuilles.

Choix et mode d'emploi des instruments.

Obturation à l'aide de l'étain en cylindres d'une cavité simple, centrale triturantes.

---

1. Voir la note placée après la 70e leçon.

*60e leçon pratique.*

Obturation à l'aide de l'étain en cylindres d'une cavité latérale.

*61e leçon pratique.*

Obturation à l'aide de l'étain en cylindres d'une cavité composée avec combinaison du ciment.

*62e leçon pratique.*

Procédé d'obturation avec les émaux en porcelaine.
Procédé d'obturation avec les émaux ajustés.

*63e leçon pratique.*

Procédé d'obturation avec les émaux fondus.

*64e leçon pratique.*

Procédé de restauration des dents par les couronnes métalliques.
Préparation de la dent.

*65e leçon pratique.*

Essayage et articulation de la couronne.

*66e leçon pratique.*

Terminaison et polissage de la couronne, fixation au ciment.

*67e à 70e leçons pratiques.*

Procédé de coiffage des racines pour fixation de dents dites de Richmond, procédé d'ajustage et de fixation des couronnes Logan.

Le nombre de ces leçons peut être limité à la 58e ou à la 61e leçon comme cela a eu lieu cette année. Il peut également être étendu suivant que le programme de cet enseignement préparatoire aura été conçu pour durer trois mois, six mois, ou une année scolaire. Une année serait évidemment préférable à tous égards, l'élève ne devant arriver à la salle de dentisterie opératoire que suffisamment préparé au point de vue manuel; mais la seconde division des travaux pratiques doit être arrêtée à la fin des obturations proprement dites (58e leçon), les démonstrations d'aurification, d'émaux et de couronnes étant réservées pour les élèves de 2e et de 3e année ou pour une division spéciale d'élèves, les docteurs en médecine, par exemple, ne devant faire qu'un an ou deux de stage.

## TROISIÈME DIVISION

*Quatre semaines, six leçons de deux heures par semaine, vingt leçons.*

*Exercices de nettoyage des dents et d'extractions sur l'appareil fantôme.*

*Nettoyage : cinq leçons.*
*Extractions : quinze leçons.*

*71e leçon pratique, 7e fiche.*

Démonstration et exercices pratiques pour l'ablation du tartre sur des dents naturelles implantées dans des blocs en plâtre fixés sur l'appareil fantôme. Emploi des instruments, grattage, polissage, brossage, position de l'opérateur et du patient[1].

Ablation du tartre des dents de la mâchoire inférieure.

*72e leçon pratique.*

Ablation du tartre des dents de la mâchoire supérieure.

*73e leçon pratique.*

Polissage, brossage.

*74 et 75e leçons pratiques.*

Indication des procédés pour enlever les taches noires ou vertes.

L'élève devra répéter les différentes manœuvres du nettoyage sur les mâchoires artificielles de l'appareil fantôme, contenant les dents implantées dans des blocs en plâtre et recouvertes de la préparation simulant le tartre.

*76e leçon, 8e fiche.*

Démonstration et exercices pratiques d'extraction des dents à l'aide de dents naturelles ou artificielles implantées dans des blocs en caoutchouc non vulcanisé ou sur le cadavre et fixées sur l'appareil fantôme.

Choix et mode d'emploi des divers instruments d'extraction. Démonstration par le démonstrateur de l'extraction des incisives supérieures, exercices répétés par l'élève.

*77e leçon.*

Démonstration de l'extraction des canines supérieures.

*78e leçon.*

Démonstration de l'extraction des grosses molaires supérieures.

*79e leçon.*

Démonstration de l'extraction des incisives inférieures.

*80e leçon.*

Démonstration de l'extraction des canines inférieures.

*81e leçon.*

Démonstration de l'extraction des grosses molaires inférieures.

*82e leçon.*

Démonstration de l'extraction de la première petite molaire supérieure.

---

1. On obtient la reproduction du tartre sur les dents à l'aide d'une solution de plâtre coloré dont on enduit les dents sur le fantôme et qu'on laisse sécher.

*83e leçon.*

Démonstration de l'extraction de la deuxième petite molaire supérieure.

*84e leçon.*

Démonstration de l'extraction des petites molaires inférieures.

*85e leçon.*

Démonstration de l'extraction de la dent de sagesse supérieure.

*86e leçon.*

Démonstration de l'extraction de la dent de sagesse inférieure.

*87e, 88e, 89e, 90e leçons.*

Emploi des divers leviers, langue de carpe, etc.

Exercices pratiques pour l'extraction des racines et des dents avec les divers instruments employés à cet effet.

Le démonstrateur doit, dans les exercices pratiques d'extraction, expliquer d'abord aux élèves réunis autour du fauteuil par groupe de dix, les diverses manœuvres de chaque opération, la position du patient, de l'opérateur, le choix de l'instrument, les précautions antiseptiques, puis il exécute l'opération en détaillant bien les différents temps, et il la fait répéter par chaque élève à tour de rôle.

Les dernières leçons devront être employées à faire répéter plusieurs fois chacune de ces opérations par les élèves.

Ces leçons sont terminées par un examen probatoire organisé dans les conditions suivantes :

COURS PRÉPARATOIRES DE 1re ANNÉE

*Épreuves pratiques.*

1° Préparation de la cavité d'une dent cariée du 4e degré et montée sur l'appareil « Fantôme » avec indication du traitement d'après le cas donné par le Jury. — Obturation au ciment ou à l'amalgame[1];

2° Indication des manœuvres de l'extraction d'une dent désignée par le Jury ;

3° Note générale donnée antérieurement pour les travaux pratiques exécutés au laboratoire.

*Épreuve théorique.*

Interrogations[2] sur les éléments :

A. Anatomie dentaire.

---

1. Le thème donné cette année était le suivant; une grosse molaire supérieure ou inférieure atteinte de périodontite a été trépanée il y a quinze jours, la cavité pulpaire et les canaux radiculaires ont été nettoyés et antiseptisés et la dent, obturée provisoirement depuis huit jours, va bien. Il faut aujourd'hui obturer définitivement les canaux et la dent.

2. Avec présentation à titre de renseignements pour le Jury des travaux pratiques exécutés au laboratoire.

B. Pathologie dentaire et clinique.
C. Thérapeutique spéciale. — Antisepsie.
D. Dentisterie opératoire et matériel opératoire.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

*Manuel du chirurgien-dentiste, publié sous la direction de Ch. Godon, directeur de l'Ecole dentaire de Paris.*

I. Notions générales d'anatomie et de physiologie, par le Dr Marié.
II. Notions générales de pathologie, par le Dr Aug. Marie.
III. Anatomie de la bouche et des dents, par le Dr Sauvez.
IV. Pathologie des dents et de la bouche, par le Dr Léon Frey.
V. Thérapeutique de la bouche et des dents, *hygiène buccale et anesthésie dentaire*, par le Dr M. Roy.
VI. Clinique dentaire et dentisterie opératoire, par Ch. Godon.
VII. Clinique de prothèse, *prothèse dentaire, prothèse orthopédique, prothèse des maxillaires*, par P. Martinier.

---

# DU SERVICE MILITAIRE DES CHIRURGIENS-DENTISTES ET DES ÉTUDIANTS EN CHIRURGIE DENTAIRE

## RAPPORT A LA FÉDÉRATION DENTAIRE NATIONALE [1]

Par M. L. Lemerle.

La question du service militaire des dentistes et des étudiants en dentisterie a déjà été maintes fois discutée.

Chargé par le bureau de la Fédération dentaire nationale de faire un rapport sur ce sujet, nous allons de nouveau exposer les nombreux arguments qui ont été avancés et essayer de résumer la question que nous diviserons de la façon suivante :

1° Utilité d'établir un service dentaire régulier et permanent dans l'armée ;

2° Devoirs de l'État à l'égard de la santé des hommes sous les drapeaux ;

3° Soins dentaires donnés actuellement aux hommes dans l'armée ;

4° Parallèle entre la situation faite au régiment aux étudiants en médecine et aux étudiants en chirurgie dentaire ;

5° Services dentaires dans les armées étrangères ;

6° Organisation des services dentaires en France sans grever le budget.

---

1. Ce document devait être lu et discuté à l'assemblée générale de la Fédération du 24 mai dernier, mais la durée des débats sur les questions d'enseignement a nécessité le renvoi de sa lecture et de sa discussion à la session de Montauban. (V. *L'Odontologie*, 15 juin, p. 559).

*
* *

Nous croyons inutile d'entrer dans une longue discussion pour prouver l'utilité de posséder et surtout de conserver un système dentaire aussi parfait qu'il est possible.

Faut-il redire encore les complications multiples qui peuvent être provoquées par une dent malade, et exposer les conséquences physiologiques et pathologiques immédiates ou éloignées qui découlent de l'infection et du délabrement de l'appareil masticateur?

Nous croyons vraiment inutile d'insister sur ce point établi depuis longtemps d'ailleurs. Personne ne songerait à émettre de doute à cet égard; l'évidence ne souffre pas de discussion [1].

Laissons donc de côté les raisons d'être des soins dentaires à donner dans l'armée et examinons la conduite de l'Etat à l'égard de la santé générale des hommes.

*
* *

Dans l'armée la vaccination est obligatoire.

Chaque semaine des visites dites « visites de santé » sont faites au point de vue des affections vénériennes; les maladies contagieuses de la peau et du cuir chevelu sont recherchées et soignées. D'une façon générale enfin, non seulement on donne des soins à toutes les affections qui peuvent frapper le soldat, mais on cherche même à les prévenir. A côté de cette sollicitude pour la santé générale du soldat, la plus profonde insouciance est de règle en ce qui concerne le système dentaire.

---

1. Nous renvoyons du reste le lecteur aux articles ci-dessous :

*Note sur le service militaire des chirurgiens-dentistes. L'Odontologie* du 15 mars 1902, p. 241, par M. Godon.

*Rapport sur la chirurgie dentaire dans l'armée.* Congrès de Nancy, 1896, p. 101, par M. Monnin.

*Les médecins militaires et l'art dentaire. L'Odontologie* de novembre 1898, p. 416, par M. Gross.

*Le service militaire et les dentistes.* Congrès national de Paris, 1897. *L'Odontologie* du 15 novembre p. 345, par M. Godon.

*Le service militaire et les dentistes. L'Odontologie* du 15 août 1897, p. 81, par M. Godon.

*Ce que le dentiste peut faire pour l'Etat. L'Odontologie*, août 1896, p. 466, par M. Cunningham.

*Le dentiste dans l'armée. L'Odontologie* de juillet 1891, p. 321, par M. X.

*Vœux du Congrès de Lyon. L'Odontologie*, 1898, p. 294.

*Le rôle des dentistes dans l'armée. L'Odontologie* du 28 février 1902, par M. Martinier.

*Les dentistes militaires étrangers. L'Odontologie* du 15 mai 1902, p. 439, par M. Delair.

*Le corps des chirurgiens-dentistes militaires de l'armée des Etats-Unis d'Amérique. L'Odontologie* du 15 juin 1902, p. 561, par X.

Si l'homme souffre, il se présente à la visite, où le médecin militaire, excusable d'ailleurs d'ignorer l'art dentaire, tout comme le médecin civil, après avoir porté le plus souvent un diagnostic douteux et incomplet, pratique une ou plusieurs extractions, avec des instruments d'un autre âge, fonctionnant mal et toujours mal entretenus. Il sacrifie ainsi des organes qui, soignés et restaurés, auraient pu rendre encore de longs services [1].

*
* *

Examinons maintenant, avant d'aller plus loin, la situation faite dans l'armée aux étudiants en médecine et celle faite aux étudiants en chirurgie dentaire. Les premiers sont pour la plupart employés à l'infirmerie ; parmi eux, un grand nombre ne possèdent qu'une seule inscription, ce qui équivaut à une simple promesse de faire sa médecine.

Cependant, tout en ne possédant aucune connaissance médicale et en étant hors d'état par conséquent de rendre le moindre service dans cet ordre de chose, ils n'en sont pas moins employés dans les services de santé, et ne font qu'une année de service militaire.

D'autre part, les étudiants en chirurgie dentaire font trois ans de service, sans qu'on cherche à utiliser en aucune façon, officiellement du moins, leurs connaissances spéciales.

Tout ce qu'on a pu obtenir, à la suite des vœux réitérés des congrès et des pétitions adressées aux pouvoirs publics par la profession, a été une décision du ministre de la guerre spécifiant que les jeunes gens pourvus du diplôme de chirurgien-dentiste délivré par une Faculté de médecine pourraient dorénavant faire leur service dans les sections d'infirmiers [2]. Mais cela ne veut pas dire que ces jeunes gens seront employés comme dentistes, c'est-à-dire préposés aux soins dentaires à donner aux hommes.

Nous croyons qu'il est regrettable d'avoir écarté ainsi jusqu'à présent les étudiants en chirurgie dentaire, tout au moins ceux qui possèdent leurs douze inscriptions, car cela représente un stage obligatoire de trois ans dans une école dentaire et témoigne d'une instruction pratique méritant d'être prise en considération.

Nous voyons donc que la situation faite dans l'armée aux étudiants en dentisterie est profondément injuste. Nous verrons plus loin combien l'Etat se prive ainsi gratuitement des précieux services qu'il pourrait recevoir d'eux.

---

1. *Rapport et vœux sur la chirurgie dentaire dans l'armée.* Congrès dentaire national de Nancy, par M. Monnin, p. 101.

*Le rôle des dentistes dans l'armée. L'Odontologie* du 28 février 1902, par M. Martinier.

2. *L'Odontologie* du 15 mars 1902, p. 241, par M. Godon.

*
* *

Existe-t-il des services dentaires dans les armées étrangères ?

En Europe, l'Allemagne et surtout l'Angleterre ont reconnu depuis longtemps l'utilité de donner des soins dentaires dans l'armée.

En Angleterre nul n'est admis dans une école militaire ou navale sans un examen minutieux du système dentaire ; il en est de même pour les engagés volontaires.

Pendant la guerre de l'Afrique du Sud, le ministre de la guerre, après avoir refusé une première fois l'organisation d'un service dentaire, a été obligé, sur la demande du Service de santé lui-même, d'envoyer des spécialistes au nombre de douze [1].

En temps de paix les médecins militaires ne soignent pas les dents de leurs hommes, mais après des visites périodiques, ils les envoient chez des dentistes civils désignés d'avance à cet effet, non pour y pratiquer des extractions, mais pour y recevoir les soins nécessaires. Dans certain cas même, jugés urgents par le médecin militaire, on leur pose des pièces de prothèse. Tous ces frais sont payés et supportés par la caisse du régiment [2].

L'Allemagne est la première puissance en Europe ayant créé des dentistes attachés à l'armée. La première nomination a eu lieu en janvier 1901.

Le dentiste militaire en Allemagne n'a pas rang d'officier, quoiqu'il en porte l'uniforme ; c'est un fonctionnaire placé sous la direction du médecin-major ; il a le traitement d'un capitaine.

Aux Etats-Unis l'incorporation des dentistes dans l'armée est plus ancienne. On comptait au mois d'août dernier vingt-sept dentistes militaires ; il restait encore trois postes à pourvoir de titulaires. Enfin le 8 janvier dernier, un projet de loi a été déposé au Sénat, pour la création d'un corps de dentistes attachés aux armées de mer.

Nous sommes convaincu que d'ici peu d'années toutes les puissances d'Europe auront organisé un service dentaire dans leur armée.

La France sous ce rapport ne doit pas rester en arrière des puissances qui l'entourent. Donc l'organisation d'un service dentaire s'impose ; mais comment avec les éléments que nous possédons en ce moment obtenir ce résultat ?

---

1. *L'Odontologie* du 15 février 1902, p. 152. Voir à ce sujet l'article très documenté de M. Delair.
2. *L'Odontologie* du 15 mai 1902, p. 439.

*
* *

Nous ne voulons pas exposer ici une organisation complète d'un service dentaire, régulier et permanent dans les armées de terre et de mer, fonctionnant comme ceux de la médecine, de la pharmacie et de la médecine vétérinaire avec leur hiérarchie, cela serait sortir du cadre de notre rapport. Néanmoins nous dirons que nous sommes intimement persuadé que, dans un temps plus ou moins rapproché, un service de dentistes sera organisé en France, comme les services des pharmaciens et des vétérinaires militaires.

Nous croyons cependant qu'à l'heure actuelle il est possible de créer des services dentaires dans l'armée, sans toucher pour ainsi dire au budget de l'Etat. Pour cela il suffit d'employer les connaissances spéciales d'une catégorie d'hommes appelés sous les drapeaux, soit pour une période de vingt-huit ou de treize jours, soit pour trois années.

Examinons d'abord quel serait le rôle des dentistes en temps de guerre. Sûrement ces hommes ayant certaines connaissances médicales seraient versés tout de suite dans les ambulances, où ils rendraient de grands services, non seulement dans leur spécialité (soins ou prothèse), mais surtout en aidant les médecins militaires dans leurs diverses fonctions. Ceci établi, il nous paraît inutile de leur apprendre longuement le métier des armes, dont ils n'auront pas à se servir plus tard.

C'est du reste ce qui a été compris pour les séminaristes, qui sont versés de droit dans les sections d'infirmiers.

Il serait donc bien plus rationnel de faire servir les connaissances spéciales des dentistes et étudiants en dentisterie au bien-être général des hommes.

Comme nous le disions plus haut, le ministre de la guerre, pour donner satisfaction aux pétitions faites dans cet ordre d'idées, a décidé que les dentistes diplômés seraient versés dans les sections d'infirmiers. Cela est insuffisant et ne répond pas aux services que peuvent rendre ces jeunes gens ; voyons pourquoi.

Le stage imposé par l'Etat dans les écoles dentaires est d'une durée de trois années. Les étudiants commencent rarement leurs études avant dix-huit ans, de sorte que ce stage est terminé vers vingt et un ans environ ; il leur faut encore au moins une année pour obtenir leur diplôme de chirurgien-dentiste. Ce n'est donc qu'exceptionnellement qu'un jeune homme peut entrer au service muni de ses parchemins.

D'autre part, en versant ces rares exceptions dans les sections d'infirmiers on n'utilise pas suffisamment les services spéciaux que pourraient rendre ces jeunes gens.

Nous croyons donc qu'il faudrait utiliser les connaissances spéciales des étudiants en dentisterie lorsqu'ils se présentent au corps, pourvus de douze inscriptions, ce qui représente le stage légal de trois ans de pratique dans une école.

Il faudrait aussi que le ministre de la guerre accordât des dispenses d'appel d'une année renouvelables au moins une fois, pour permettre à quelques jeunes gens en retard d'obtenir leur douzième inscription ou leur diplôme.

L'État de cette façon ne perdrait aucune des unités pouvant rendre des services d'ordre dentaire.

Quant aux réservistes et aux territoriaux, il nous semble inutile de démontrer, après ce qui vient d'être dit, les services qu'ils rendraient dans le même ordre d'idées, si l'on utilisait leurs connaissances spéciales dans les régiments auxquels ils sont affectés.

*
* *

Voyons rapidement ce que devrait faire et pourrait faire un dentiste militaire dans un régiment.

Le dentiste militaire, par un roulement facile à établir, ferait une visite semestrielle de la bouche des hommes ; il veillerait aux soins hygiéniques de la cavité buccale, comme on le fait pour les autres parties du corps ; l'usage de la brosse à dents serait obligatoire. Il obturerait les dents cariées au premier et au deuxième degré et, lorsque le temps le permettrait, il pourrait traiter les caries pénétrantes. Dans les cas où la dent offrirait des complications, il en pratiquerait l'extraction. Le traitement des gingivites, notamment de la gingivite tartrique, si commune chez les gens qui ne prennent aucun soin de bouche, serait également du ressort du dentiste. Il aurait aussi à surveiller et à prévoir les accidents de la dent de sagesse et les autres complications telles que abcès, fluxions, etc., etc. Enfin le médecin militaire pourrait avoir recours à lui, pour la confection d'appareil de prothèse restauratrice et d'appareils de maintien de la réduction des fractures des maxillaires, accidents rencontrés assez fréquemment dans la cavalerie.

Les officiers eux-mêmes pourraient avoir recours à leurs services. Nous connaissons plusieurs jeunes gens actuellement sous les drapeaux, qui donnent leurs soins à de nombreux officiers de la garnison à l'entière satisfaction de chacun.

Examinons maintenant le travail que peut faire le dentiste militaire attaché à un régiment.

Un jeune homme incorporé dans les conditions ci-dessus exposées peut parfaitement soigner au minimum une moyenne de dix hommes par jour, ce qui fait, à trois cents jours par an, trois mille

hommes. Or, comme en temps de paix les régiments n'en comptent que quinze cents environ, toutes les unités d'un régiment peuvent avoir parfaitement leurs dents maintenues en bon état en passant deux visites par an. En multipliant ces chiffres par 300 opérateurs, on obtient le total important de 450.000 hommes soignés par an.

Nous croyons que le nombre des dentistes ou étudiants en dentisterie est suffisant pour permettre une pareille organisation, tout au moins pour l'armée de terre.

Les écoles dentaires en France fournissent par an plus de cent élèves pourvus de leurs douze inscriptions. Après trois années on arriverait à posséder 300 dentistes soldats au minimum. Il se pourrait que ce nombre fût insuffisant pour donner à toutes les troupes de terre et de mer les soins dentaires voulus. Ce serait toujours là une grande expérience, qui, à notre avis, serait des plus concluantes et obligerait l'administration militaire à compléter un jour l'organisation des services dentaires dans l'armée.

Cette organisation aurait en outre l'immense avantage de ne coûter presque rien, comparée aux grosses dépenses que s'impose l'armée anglaise, par exemple, pour obtenir un même résultat.

*
* *

Cependant il nous paraît difficile de créer un service nouveau de cette importance sans provoquer une certaine dépense, qui peut se diviser en frais d'installation et en frais de roulement.

Les frais d'installation consisteraient dans l'achat d'un fauteuil du même modèle que ceux employés dans les écoles ou les hôpitaux. Ce fauteuil pourrait également servir au médecin pour examiner certains malades dont l'examen est plus facile quand ils sont assis que quand ils sont debout ou couchés, dans l'achat de quelques instruments d'extraction, de nettoyage et de préparation des cavités.

Nous ne mentionnerons pas le tour dentaire, qui, à la rigueur pourrait être la propriété du titulaire du dit service. Cette dépense d'installation n'excéderait pas quatre cents francs.

Par frais de roulement nous entendons les dépenses nécessaires à l'achat des matières premières employées pour les obturations ou pour le traitement des dents. Ces frais ne dépasseraient pas deux cents francs par an pour un régiment.

Avant de conclure et pour être complet, disons un mot de la situation hiérarchique des dentistes soldats dans le rang.

Ces jeunes gens n'auraient bien entendu aucun grade en entrant au corps; cependant ils pourraient être libérés avec celui de sous-officier. Ils ne seraient pas versés en bloc dans les sections d'infirmiers, mais seraient attachés au service dentaire des

infirmeries régimentaires sous la direction immédiate du chef du service de santé du régiment.

### Conclusions.

La Fédération dentaire nationale propose la création d'un service dentaire régulier dans chaque régiment.

Pour atteindre ce but sans grever le budget, elle émet les vœux suivants :

1° Tous les jeunes gens possédant le diplôme de chirurgien-dentiste et tous les étudiants en chirurgie dentaire possédant douze inscriptions seront affectés à ce service ;

2° Il sera accordé des sursis d'appel d'un an, renouvelables au moins une fois, pour permettre aux retardataires d'obtenir leur diplôme ou leur douzième inscription ;

3° Les réservistes et les territoriaux continueront leur profession de dentiste pendant leurs périodes d'instruction militaire ;

4° Les hommes de ces diverses catégories dépendraient du service de santé ; ils entreraient au corps sans aucun grade, mais pourraient, en suivant la hiérarchie commune, être libérés comme sous-officiers. Ils pourraient être alors assimilés au grade de médecin auxiliaire.

En terminant nous faisons remarquer encore une fois que cette organisation n'entraînerait au point de vue budgétaire qu'une dépense annuelle de deux cents francs pour chaque régiment.

Enfin pour conclure sur des chiffres, qui frappent mieux l'esprit et ne laissent place à aucun commentaire, nous dirons que ces services dentaires établis à peu près sans frais, représentant, après trois ans de fonctionnement, plus de trois cents titulaires, soignant chacun plus de quinze cents hommes, assureraient chaque année les soins de leurs dents à plus de *quatre cent cinquante mille* soldats.

---

## VŒUX DÉPOSÉS PAR L'ASSOCIATION ODONTOLOGIQUE DE BORDEAUX (A. O. B.)[1]

Paris, 24 mai 1902.

Messieurs,

Il est admis que trois années d'études ne suffisent pas pour faire du chirurgien-dentiste un bon praticien. L'étudiant, une fois à

---

1. Ces vœux ont été déposés à la séance de la Fédération nationale du 24 mai ; l'examen en sera fait à la session de Montauban.

l'école, a pour but principal de travailler les programmes sur lesquels il sera interrogé devant la Faculté de médecine. Il néglige forcément le côté pratique, le côté manuel de ses études. Il nous semble qu'il y aurait un moyen commode et pratique, qui serait le complément des études actuelles, et qui donnerait avant peu de sérieuses satisfactions. Ce moyen serait de demander à tout jeune homme entrant dans une école dentaire la justification d'un stage de trois années passées chez un chirurgien-dentiste. L'admission à l'école n'aurait lieu qu'après un examen purement pratique. En somme il s'agit de faire pour les étudiants en chirurgie dentaire ce qui se fait pour les étudiants en pharmacie.

Nous estimons aussi qu'il y a lieu de demander aux jeunes gens le baccalauréat.

Nous voudrions également voir retarder jusqu'à un certain âge l'exercice de la chirurgie-dentaire. Avec la loi actuelle, un jeune homme peut être reçu et exercer à dix-neuf et vingt ans, avant même d'être majeur, c'est-à-dire avant d'être responsable. Nous connaissons plusieurs jeunes gens qui ont exercé ou qui exerceront à ces âges-là. C'est inadmissible. Un pharmacien ne peut délivrer du chloroforme qu'à vingt-cinq ans et le chirurgien-dentiste pourrait l'administrer à dix-neuf ou vingt ans! Ce n'est pas raisonnable.

Voilà pourquoi nous demandons que les chirurgiens-dentistes ne puissent exercer qu'à vingt-cinq ans révolus.

Nous voudrions aussi voir l'État créer des chirurgiens-dentistes militaires. Nous n'avons pas besoin d'insister, il y a assez d'arguments en faveur de cette création. En attendant, la Fédération nationale pourrait faire des démarches afin que les chirurgiens-dentistes et, au besoin, les étudiants pourvus de huit inscriptions au moins fussent chargés d'assurer un service dentaire dans les hôpitaux militaires, les régiments, casernes, etc. sous la surveillance des majors.

Nous voudrions voir les écoles dentaires prendre les mesures nécessaires pour rendre leurs cours, leurs cliniques obligatoires pour les étudiants. La Fédération nationale nous paraît désignée pour faire des démarches auprès de ces écoles.

Nous avons la conviction que nous proposons des mesures qui peuvent assurer à la profession un grand pas en avant. Aussi nous espérons voir la Fédération nationale prendre les vœux suivants en considération, vœux que nous avons l'honneur de déposer au nom de l'Association odontologique de Bordeaux :

1° Que tout étudiant en chirurgie-dentaire ne soit admis à prendre sa première inscription qu'après un certificat ou, de préférence, un examen, justifiant de trois années de stage chez un chirurgien-dentiste ;

2° Que le baccalauréat soit obligatoire et remplace les divers certificats d'études ;

3° Que le diplôme de chirurgien-dentiste ne soit délivré qu'à vingt-cinq ans révolus;

4° Qu'il soit demandé la création de chirurgiens-dentistes militaires ; que, en attendant, les étudiants en chirurgie-dentaire pourvus de huit inscriptions au moins et les chirurgiens-dentistes soient chargés d'un service dentaire, dans les hôpitaux militaires, régiments, casernes, etc., sous la surveillance des majors ;

5° Que la Fédération dentaire nationale demande aux écoles dentaires de prendre les mesures nécessaires pour que les étudiants assistent obligatoirement aux cours, cliniques, etc.

Les délégués de l'A. O. B.

J. Armand. Marronneau.

---

Erratum

C'est par suite d'une erreur que le toast de l'Association Odontologique de Bordeaux (p. 540, n° du 15 juin) a été attribué à M. Armand; il a été porté par M. Marronneau.

# DEMANDES ET OFFRES

**PRIX** d'une CASE, dans 3 numéros........................ **8** francs.
payable d'avance. (Pour les Abonnés de *L'Odontologie*. **5** » ).

*L'Administration de* L'Odontologie *est à la disposition des vendeurs ou acheteurs pour transmettre aux intéressés les lettres adressées aux initiales indiquées, mais il est bien entendu que son rôle se borne à cette transmission.*

---

14 **A VENDRE d'occasion** un **FAUTEUIL** *Columbia* neuf et un *Wilkerson* très peu usagé. S'adresser à Monsieur Schiffmann, 3, place de Rennes, Paris. (48-3)

---

15 **Diplômé de l'Ecole dentaire de Paris** demande emploi d'**OPÉRATEUR** à Paris, province ou etranger. — Ecrire par poste à M. le Dr Hamelin, 17, rue des Petites-Ecuries, à Paris. (49-2)

---

16 **Un patenté 31 ans**, excellent **MÉCANICIEN** et bon **OPÉRATEUR** demande une place à Paris, *bonnes références*. S'adresser à Mme Dutel, 28, rue Général-Foy. (50-2)

---

17 *Cabinet dentaire, aux environs de Paris*, à **VENDRE**, pour cause de fatigue. Affaires 6.000 fr. en allant 2 fois par semaine, loyer 400 fr. ; belle installation, prix à débattre. S'adresser à M. Aillet, 45, rue Laffitte. (51-2).

---

18 **Chirurgien-dentiste,** *diplômé de l'Ecole dentaire de Paris*, demande **ASSOCIÉ** ou **OPÉRATEUR** pour la province. Ecrire *par poste* à L. L. aux soins de M. Papot, 45, rue de la Tour-d'Auvergne, à Paris. (52-2).

---

19 **Pour cause de santé**, dans le centre de la France, on **vendrait bon cabinet** faisant 8 à 9.000 fr. d'affaires avec matériel et installation ou l'on prendrait bon opérateur capable et sérieux. — Ecrire à B. D., 45, rue de la Tour-d'Auvergne. (53-2)

---

20 Obligé de quitter Paris pour raisons de famille, on céderait une **clientèle sérieuse et fidèle** dans un quartier riche, *s'agrandissant chaque jour* **OCCASION UNIQUE** pour jeune diplômé qui aurait de suite une bonne clientèle et une situation de grand avenir. Prix très modéré. Ecrire *par poste* à J. B. C. aux soins de M. Papot, 45, rue de la Tour-d'Auvergne. (54-2).

---

21 **A vendre** un **CABINET DENTAIRE,** faisant 6.000 fr., 300 fr. loyer, dans une *sous-préfecture de Bretagne*, **seul** dentiste. S'adresser à M. Helot, 34, rue du Château-Brest. (55-1).

---

22 **A céder de suite**, pour *cause de maladie*, un **CABINET DENTAIRE**, situé dans un des *meilleurs quartiers de Paris*, existant depuis 22 ans ; clientèle sérieuse. Affaires : 12.000 fr. Prix demandé : 8.000 fr., moitié comptant. (On ferait un échange avec un petit cabinet des environs de Paris.) Pour tous renseignements, écrire *par poste* aux initiales *P. C.* aux soins de M. Papot, 45, rue de la Tour-d'Auvergne. (56-1).

---

23 *Pour cause de santé.* **A céder de suite** un **CABINET,** *bien installé*, *bien situé* à Paris faisant un minimum de 15.000 fr. d'affaires, appartement de 7 pièces, 1.500 fr de loyer. Ecrire par poste aux initiales B. C. Q. **aux soins** de *L'Odontologie*. (57-1).

---

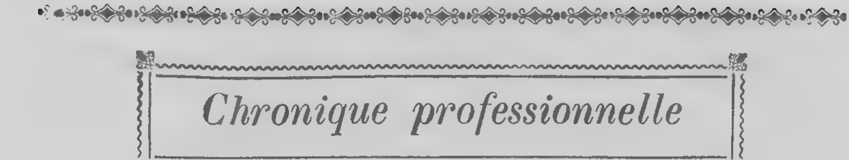
24 **A céder**, pour *cause de santé* dans **ville de l'Ouest**, excellent **CABINET**, clientèle aristocratique, riche bourgeoisie, institutions, appui médical, etc. Affaires, 20-25.000 fr. — Prix demandé 25.000 fr.; comptant 15.000 fr., le reste avec facilités. — Ecrire *par poste*, aux initiales E. D. C. 12, bureaux de *L'Odontologie*. — Ne répondra qu'aux offres sérieuses présentant références. (58-1).

---

25 *18 lettres* de 60 c. de haut, ***CHIRURGIEN-DENTISTE***, en *zinc*, *répolinées blanc*, en état *presque neuf*, ayant coûté 15 fr. chaque, à vendre 4 fr.
S'adresser à M. Fraenxel, 38, Chaussée d'Antin. (59-1).

---

26 **Dentiste Américain,** *diplômé du « Penna Collège of Dental Surgery »*, offre ses services comme **opérateur**. — Parle *français*, *anglais* et *espagnol*. — Ecrire par poste, en affranchissant à 0.25 c. à A. B. 86, rue de la Station, Louvain (Belgique). (60-1).




## CONGRÈS DE MONTAUBAN

**Les congressistes désireux de prendre part au Congrès sont priés de se faire inscrire immédiatement auprès du secrétaire du Conseil de l'Association française pour l'avancement des sciences, 28, rue Serpente, pour pouvoir bénéficer de la réduction de 50 0/0 consentie par les Compagnies des chemins de fer français.**

**Ils recevront aussitôt :**

**1° Leur carte individuelle avec le plan de Montauban ;**

**2° Une feuille rose à remplir tout de suite pour les chemins de fer ;**

**3° Une feuille verte au sujet des logements, à remplir également tout de suite.**

### Programme de la session.

Le Congrès s'ouvrira à Montauban, le jeudi 7 août, dans l'après-midi, sous la présidence de M. Charpentier, président de l'Association française pour l'avancement des sciences.

*Vendredi 8 août.* — Séances de sections.

Le soir, conférence publique.

*Samedi 9 août.* — Séances de sections.

*Dimanche 10 août.* — Excursion générale à Bruniquel, Saint-Antonin, Fenayrol (vallée de l'Aveyron),

*Lundi 11 août.* — Séances de sections.

*Mardi 12 août.* — Excursion générale à Castelsarrasin, Moissac.

*Mercredi 13 août.* — Séances de sections.

Le soir, conférence publique.

*Jeudi 14 août.* — Assemblée générale. Séance de clôture.

*Vendredi, Samedi 15 et 16 août.* — Excursion finale à Fumel, Cahors, Rocamadour (Gouffre de Padirac), Figeac.

Ce programme pourra subir des modifications de détail : elles seront indiquées dans les bulletins quotidiens publiés pendant la session.

Les séances de sections se tiendront au lycée de jeunes filles, rue Lacapelle.

Le Secrétariat, qui sera installé dans ce même lycée, sera ouvert le 6 août, à 2 heures, et restera ouvert, pendant la durée du Congrès, le matin, de 8 heures à 11 heures et demie ; l'après-midi, de 1 heure et demie à 5 heures et demie. Il sera fermé les dimanche et mardi, jours d'excursions générales.

COMMUNICATIONS, DÉMONSTRATIONS, PRÉSENTATIONS.

Le Congrès comprendra dix-huit sections. La dix-huitième (hygiène et médecine publique) est subdivisée en deux sous-sections : archéologie et *Odontologie*. La présidence de cette dernière, on se le rappelle, a été dévolue à M. le Dr Sauvez.

Les communications et démonstrations suivantes sont annoncées.

*Dr Frey*, Prothèse immédiate du maxillaire inférieur.

*Dr Frey*, Rapports pathologiques entre les articulations temporo-maxillaires et les dents.

*Dr Frey et Georges Lemerle*, Étude sur le leptothrix racemosa.

*Kritchevsky*, De l'état actuel des connaissances anatomiques pour la classification des malocclusions dentaires :

*Dr Siffre*, 1° Migration physiologique des dents. Son rôle dans la correction des irrégularités dentaires ;

2° Pelade et lésions dentaires ;

3° Dent de six ans et dent de sagesse ;

4° L'acide sulfurique pur et les affections des canaux dentaires ;

5° Présentation d'un fantôme et d'accessoires pour travaux pratiques de dentisterie opératoire et de prothèse.

*Dr Pont*, Note sur un cas de tumeur de la pulpe dentaire, sans carie de la dent.

*Dr Pont*, De l'emploi de l'acide borique à saturation dans l'alcool en art dentaire.

*Dr Pont*, Présentation d'un modèle nouveau d'appareil à succion.

*Rigolet*, De l'action antiseptique de la cataphorèse en art dentaire.

*Dr Amoëdo*, 1° Etude sur les dents après la mort, au point de vue de la médecine légale ;

2° Articulation des dentiers artificiels selon les lois anatomiques et physiologiques qui régissent l'articulation temporo-maxillaire et celles des arcades dentaires chez l'homme ;

CLINIQUES.

3° Technique de la construction des dentiers selon les lois sus-indiquées ;

4° Nouvelle forme à donner à la face triturante des couronnes en or.

*Fayoux*, Le ciment ; traitement pour tous les seconds degrés douloureux (communication suivie de démonstrations pratiques.

*Dr Sauvez*, Sur quelques observations cliniques.

*Dr Rolland*, Graduation et signes de l'intensité des anesthésies

somnoformiques. Des tensions sanguines et examens du sang avant, pendant et après l'anesthésie. Pouvoir hématolytique de certains anesthésiques généraux.

*Delair*, Principes de phonétique et d'orthologie. Leurs rapports avec la prothèse restauratrice velo-palatine.

### Excursions.

*Dimanche* 10 *août*. — Départ le matin par chemin de fer pour Lexos. Visite du château de Bruniquel, de Saint-Antonin, Fenayrols.

*Mardi* 12 *août*. — Départ en voiture le matin pour Castelsarrasin par Montech, l'abbaye de Belleperche et la vallée de la Garonne. Visite de Castelsarrasin, déjeuner. Départ en chemin de fer pour Moissac. Dîner. Retour par chemin de fer.

Excursion finale les 15, 16 et 17 août.

*Vendredi*. — Départ par chemin de fer pour Agen et Monsempron-Libos. Visite des forges de Fumel, du château de Bonaguil. Déjeuner. Départ de Fumel pour Cahors, visite de la ville, dîner, coucher.

*Samedi*. — Capdenac, Assier, Figeac.

*Dimanche*. — Départ pour Rocamadour. Visite de Rocamadour. Excursion au gouffre de Padirac.

### Logements.

Le prix des chambres varie, suivant les hôtels, de 2 francs à 4 pour un lit, et de 3 francs à 6 pour deux lits ; celui du petit déjeuner de 0 fr. 50 à 1 ; celui du second déjeuner de 2 fr. 25 à 3 ; celui du dîner de 2 fr. 50 à 4 francs.

Des lits seront mis à la disposition des membres du Congrès au lycée Ingres (lycée de garçons ; n° 4 du plan de la ville) ; il sera perçu, à l'*arrivée*, la somme de 4 francs par personne, quelle que soit la durée du séjour.

### Chemins de fer.

Les Compagnies de chemins de fer ont bien voulu accorder, sur la demande du Bureau, une réduction de moitié sur le prix des places aux membres de l'Association se rendant au Congrès de Montauban.

Les Compagnies de l'Est, de l'Etat, du Nord, de l'Orléans, et de Paris-Lyon délivreront des coupons individuels. Les Compagnies du Midi et de l'Ouest délivrent une feuille spéciale su le vu de laquelle le voyageur plein tarif à l'aller a le retour gratuit, après visa du Secrétaire au siège du Congrès.

Ces billets à prix réduits, dont la validité s'étendra du 3 au 30 août, seront adressés fin juillet aux membres qui auront envoyé leur demande *au plus tard* le 10 juillet. (Remplir la feuille spéciale, couleur rose, en indiquant la station de départ et la station de transit s'il y a

un changement de réseau. (*Avoir soin d'indiquer la voie kilométriquement la plus courte.*)

### Visite a Toulouse.

Les membres du Congrès de Montauban qui désireraient profiter de leur séjour dans cette région pour visiter Toulouse sont informés que le mardi 5 et le mercredi 6, c'est-à-dire la veille et l'avant-veille du Congrès, tous les musées et établissements publics les recevront sur la présentation de leur carte.

Ils sont invités à se mettre en rapport à Toulouse avec MM. Mathias, professeur à la Faculté des Sciences, 22, place Dupuy, Cartailhac, secrétaire général de la Société Archéologique, 5, rue de la Chaîne, qui leur fourniront tous les renseignements pouvant faciliter leur séjour et leur visite. Ils sont priés d'indiquer leur spécialité.

1re *liste d'adhérents.*

MM. Aguilar, de Madrid.
Alaux, de Toulouse.
Amoëdo, de Paris.
Astié, de Paris.
Bioux, de Paris.
Bohl, de Castres.
Bouvet, d'Angers.
Chemin (Dr), de Toulouse.
Choquet, de Paris.
Coignard, de St-Symphorien.
d'Argent, de Paris.
Delair, de Nevers.
de Trey, de Londres.
Devoucoux, de Paris.
Diparraguerre, de Bordeaux.
Duchesne, de Toulouse
Ducournau, de Paris.
Fayoux, de Niort.
Frey (Dr), de Paris.
Frison, de Paris.
Gillard, de Paris.
Godon (Dr), de Paris.
Harwood, de Lyon.
Hesse, de Montbéliard.
Hervochon, de Paris.
Hivert, de Paris.
Kritchevsky, de Paris.

MM. Loup, de Paris.
Mendel-Joseph, de Paris.
Mendelsohn, de Montpellier.
Meng, de Paris.
Neech, de Paris,
Nux (Dr), de Toulouse.
Ott, de Paris.
Papot, de Paris.
Pont (Dr), de Lyon.
Pylmier, de Paris.
Queudot (Dr), de Paris.
Richard-Chauvin, de Paris.
Rigolet, d'Auxerre.
Rodolphe, de Paris.
Rolland (Dr), de Bordeaux.
Roy (Dr), de Paris.
Rozenbaum, de Paris.
Sauvez (Dr), de Paris.
Sautier, de Mantes.
Seigle, de Bordeaux.
Siffre (Dr), de Paris.
Thomas, de Toulouse.
Thuillier, de Rouen.
Touvet-Fanton, de Paris.
Viau, de Paris.
Vichot, d'Angers.
Mme Vichot, d'Angers.

### Session de la Fédération dentaire nationale.

Nous rappelons que la Fédération dentaire nationale, lors de sa réunion des 24 et 25 mai, s'est ajournée à Montauban et que sa session commencera le 7 août. L'ordre du jour sera fixé ultérieurement.



# CORRESPONDANCE

A l'annonce de la catastrophe de la Martinique nous craignions d'apprendre la mort d'un des diplômés de l'École dentaire de Paris. Nous avons eu la satisfaction de voir par la lettre ci-dessous, dont nous avons eu communication, par quelle circonstance il a pu échapper à ce cataclysme. Nous lui adressons nos félicitations en même temps que nos vives condoléances pour les deuils multiples dont il a été frappé, ainsi que pour les pertes matérielles qu'il a subies. Nous sommes certain que ceux de nos confrères qui pourraient utiliser les services de notre ancien élève, ne manqueront pas de nous le faire savoir, afin que, dès son arrivée en France, il puisse trouver une situation.

E. P.

(Guadeloupe) Pointe-à-Pitre le 4 juin 1902.

Mon bien cher ami,

Me voila en ce moment à la Pointe-à-Pitre avec ma famille, hélas! elle n'est pas nombreuse: elle ne se compose plus que de cinq membres, le reste est mort!

Nous avons pu nous sauver parce que nous nous trouvions en ce moment-là hors de Saint-Pierre, mais nous sommes totalement ruinés!

Saint-Pierre, mon pays natal, et ses environs ont complètement disparu, les pierres mêmes sont changées en cendre ; tout ce que nous possédions en fait de fortune s'y trouvait, je suis ici sans le sou et sans travail, secouru fort heureusement par la ville de la Guadeloupe. Je pense vous revoir bientôt, car j'ai demandé au Gouvernement une réquisition de passage pour ma famille et moi pour rejoindre mon frère à Blois ; cela me sera je crois certainement accordé.

Que c'est triste, mon cher ami! Il n'y a rien de plus terrible que de voir un volcan en éruption. Au moment du cataclysme je me trouvais à bord d'un petit bateau de la compagnie, j'étais envoyé à Saint-Pierre par le colonel avec la troupe afin de diriger l'ambulance, mais, au moment de partir, le bateau s'est trouvé à sec au fond de la mer, par le fait de la mer qui s'était retirée au large ; fort heureusement qu'elle est revenue avec douceur ce qui nous a permis de débarquer sans accident de personnes; une heure plus tôt nous aurions été tués par le volcan! Il ne reste plus de familles au chef-lieu, où l'on est constamment couvert par une pluie de boue et de petits cailloux.

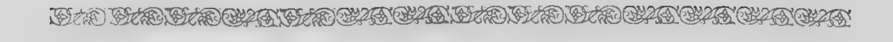
Mon avenir est peut-être perdu si je ne trouve rien à faire en France ; enfin, je trouverai certainement une place de n'importe quoi, vous m'avez connu, je ne suis pas ambitieux. Dieu me viendra en aide.

Nous nous reverrons, mon cher ami, au mois de juillet au plus tard ; mes demandes étant appuyées par plusieurs autorités de l'endroit, je pense obtenir ce passage.

Quelle triste position pour moi, sans argent et sans travail ! Je me permets en qualité d'ami et de confrère, de vous demander de me venir en aide en me cherchant un emploi à Paris ou en Province, afin que je puisse travailler aussitôt mon arrivée.

Croyez, mon cher ami, à ma sincérité, etc.

E. Devin.



# NOUVELLES

### Nomination.

Nous avons le plaisir d'apprendre que M. Ledoux, chef du laboratoire de bactériologie à l'Ecole dentaire de Paris, vient d'être nommé professeur titulaire de sciences aux écoles Turgot et Arago. Nous lui adressons nos bien vives félicitations.

---

### Société des dentistes du Midi.

Le bureau de la Société des dentistes du Midi qui vient d'être reformée est composé de la façon suivante :

*Président honoraire*, Dr Nux.
*Président*, Dr Chemin.
*Vice-présidents*, MM. Alaux, Houdié.
*Secrétaire-trésorier*, M. Duchesne.

---

### Le certificat d'études primaires supérieures.

Le conseil départemental de l'enseignement primaire vient de fixer au lundi 21 juillet la date de l'examen, à Paris, pour l'obtention du certificat d'études primaires supérieures.

Pour prendre part à l'examen, les candidats doivent avoir leur domicile légal dans le département de la Seine ou fréquenter une école publique ou privée de ce département.

Les candidats devront être âgés d'au moins quinze ans, au 31 décembre de l'année dans laquelle ils se présentent.

Les inscriptions sont reçues tous les jours, excepté les dimanches, jusqu'au samedi 5 juillet inclusivement, à l'annexe de la direction de l'enseignement primaire, 3, rue Mabillon, à Paris.

Les candidats devront se munir de leur acte de naissance ou d'un extrait de cet acte sur papier timbré et d'une demande d'inscription sur papier timbré indiquant leurs nom, prénoms et adresse, la section dans laquelle ils désirent être classés (enseignement général, section industrielle, commerciale ou agricole), ainsi que la langue vivante ou le genre de travail manuel dont ils possèdent quelques éléments.

Ils pourront, en se faisant inscrire, réclamer le programme de l'examen, qui leur sera délivré gratuitement.

---

## Erratum.

N° du 30 avril, p. 395, 8e ligne, lire ce qui suit :

*M. Heïdé.* — Si l'on tire une ligne partant de la face postérieure de la première grosse molaire à travers le palais, puis une ligne perpendiculaire à celle-ci partant du bord des incisives, en mesurant cette dernière on constate qu'elle a la même longueur qu'une semblable ligne perpendiculaire à celle-ci partant de la face antérieure des dents de sagesse à travers le palais, ce qui prouve qu'il n'y a pas eu d'agrandissement de la mâchoire dans cette bouche où la dent de six ans a été enlevée.

---

## Exercice de l'art dentaire en Suisse.

Aux termes d'un arrêté du Conseil d'Etat du canton de Genève du 6 mai 1902, les médecins-dentistes autorisés à exercer dans le canton pourront seuls procéder à la pose d'appareils de prothèse dentaire, ainsi qu'aux opérations préliminaires nécessaires à cette pose telles que extractions, limages et prises d'empreintes.

---

## Société dentaire américaine d'Europe.

La prochaine réunion de la Société aura lieu à Stockholm du 13 au 17 août 1902.

---

## Congrès des mécaniciens-dentistes d'Autriche-Hongrie.

Le Congrès des mécaniciens-dentistes d'Autriche-Hongrie s'est ouvert le 17 mai 1902 à Vienne et a duré deux jours. Il a clôturé ses débats par l'adoption de la proposition suivante : « L'exercice de la mécanique dentaire appartient exclusivement aux mécaniciens-dentistes, ainsi que le droit de faire dans la bouche tous les travaux et préparations nécessaires pour la pose des appareils de prothèse ».

Au Congrès était annexée une exposition de technique dentaire, qui a eu lieu dans les locaux de la Société d'horticulture de Vienne.

---

## Société d'hygiène de l'enfance.

La Société d'hygiène de l'Enfance met au concours la question suivante pour 1902 :

*Petit manuel d'hygiène à l'usage des élèves des écoles primaires.*

Les mémoires devront être inédits et écrits en français, allemand, anglais, italien ou espagnol.

Ils porteront une épigraphe reproduite sur une enveloppe cachetée contenant le nom de l'auteur.

Aucun mémoire ne sera rendu. Même non primés, ils deviendront la propriété de la Société et par conséquent ne pourront être publiés par leurs auteurs.

Le concours sera clos le 31 décembre 1902. Adresser les mémoires, avant cette date, au Dr Chassaing président de la *Société d'hygiène de l'Enfance*, 8, rue Saint-Antoine, à Paris.

Les prix seront décernés dans les premiers mois de 1903.

Nota. — La Société d'hygiène de l'enfance n'acceptera et ne récompensera, en dehors du sujet du concours, aucun autre mémoire, même traitant de l'hygiène de l'enfance.

Les conditions du concours sont formelles. Aucun mémoire autre que ceux qui traiteront la question posée n'y sera admis.

Tout auteur qui se sera fait connaître sera exclu du concours.

Les personnes qui ont des communications à faire sur l'hygiène matérielle ou morale de l'enfance peuvent les adresser à la Société qui les recevra avec reconnaissance. Elles pourront, si leurs travaux sont jugés sérieux et utiles, en être récompensés par l'insertion dans le *Bulletin* et par le titre de membre correspondant.

---

## Le pilori.

Nous reproduisons la curieuse annonce ci-dessous qui se distribue avec accompagnement de photographies de jolies femmes. Que pensent les stomatologistes de leur confrère ?

SOCIÉTÉ DENTAIRE AMÉRICAINE

GRAND ÉTABLISSEMENT UNIQUE EN FRANCE
(Près les Grands Boulevards, l'Opéra et la Gare St-Lazare.)

Directeur : Dr ... O. ✿.

De la Faculté de Médecine de Paris.

---

**DENTIER COMPLÈTEMENT EN OR**

SANS PLAQUE, SANS CROCHETS, SANS EXTRACTIONS

Depuis **50** francs.

*Tout est garanti sur facture.*

**NE PAS CONFONDRE**

Consultations gratuites tous les jours, de 9 h. du m. à 6 h. du soir. Dimanches et Fêtes jusqu'à midi.

**Grandes facilités de paiement.**

REÇOIT LES BONS DUFAYEL

English spoken — Man spricht Deutsch — Si parla Italiano — Se habla Español.

---

FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE
BULLETIN DU CONSEIL EXÉCUTIF

AVIS : *Les journaux dentaires de tous pays sont priés de reproduire le présent* BULLETIN.

# FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE
## (F. D. I.)

### CONSEIL EXÉCUTIF

SECRÉTAIRE :
Dr SAUVEZ,
45, rue de La Tour-d'Auvergne.

Paris, 20 juin 1902.

Monsieur le Président,

J'ai l'honneur de vous faire connaître que la prochaine session de la Fédération dentaire internationale se tiendra à Stockholm du 15 au 20 août prochain et de vous inviter à y prendre part.

Il importe en effet que chaque pays soit représenté aux délibérations de cette Fédération qui, en ce qui concerne les questions d'enseignement et d'hygiène dentaire publique notamment, sont de la plus haute importance, vous ne l'ignorez point. Pour que cette représentation soit indiscutable, il convient qu'elle soit constituée par une délégation tenant ses pouvoirs de la Fédération nationale elle-même, dans les pays où il en existe une, ou des groupements ou Sociétés dentaires.

Je vous engage, en conséquence, à vouloir bien faire procéder par la Fédération que vous présidez à la désignation d'un ou de plusieurs délégués. Ces délégués seront, ainsi que leurs collègues qui auront été désignés par les autres Sociétés dentaires, confirmés, autant qu'il sera possible, par le bureau de la Fédération dentaire nationale et l'ensemble de ces délégués constituera la délégation nationale de votre pays.

J'ajoute que les délégués spécialement accrédités pour la présente session peuvent assister aux séances et prendre part aux délibérations des diverses commissions, aux assemblées générales de la Fédération dentaire internationale et aux assemblées générales publiques.

Je vous serai très obligé de vouloir bien me faire connaître les noms de vos délégués avant le 15 juillet.

Veuillez agréer, monsieur le Président, l'assurance de mes sentiments les plus distingués.

Le Secrétaire général :
Dr E. SAUVEZ.

(Cette lettre a été adressée aux Présidents des Fédérations ou Sociétés adhérentes à la F. D. I.)

§ 1. — La session de la F. D. I. comprend quatre groupes distincts de séances :

A. Réunions du Conseil exécutif.

B. Réunions des commissions. { Enseignement. Hygiène et services dentaires publics, etc.

C. Assemblées générales de la F. D. I.

D. Assemblée générale publique. { Séance d'inauguration ou séance de clôture.

§ 2. — Cette session est ouverte aux membres désignés ci-dessous :

1° Les membres du Conseil exécutif ;

2° Les membres titulaires ou adjoints des commissions ;

3° Les délégués des différentes Fédérations nationales ou des Sociétés ou écoles, spécialement accrédités près de la Fédération pour la présente session. Ces délégués sont régulièrement invités à assister à la session de la F. D. I.

§ 3. — Les délégués spécialement accrédités pour la présente session peuvent assister aux séances et prendre part aux délibérations des diverses commissions, aux assemblées générales de la F. D. I. etc., aux assemblées générales publiques.

§ 4. — Le Conseil exécutif, dans une séance préliminaire, répartira les divers membres dans les commissions, suivant leurs aptitudes, leurs travaux antérieurs, ou l'objet de leur mission.

§ 5. — Les membres qui ont pris part régulièrement aux travaux d'une des commissions de la Fédération pourront être nommés membres adjoints, et par la suite membres titulaires des dites commissions pour les sessions suivantes.

§ 6. — Les Norvégiens, Belges, Russes et les diverses Sociétés nationales qui réclament une représentation spéciale à la session de la F. D. I. peuvent le faire dans les conditions indiquées dans les paragraphes ci-dessus.

§ 7. — Une lettre d'invitation au nom de la F. D. I. sera adressée à chaque Fédération nationale ou groupe pour constituer la délégation nationale de chaque pays, qui sera confirmée par le bureau de la Fédération nationale du pays respectif.

§ 8. — Le rendez-vous général des membres de la F. D. I. est fixé à Stockkolm à partir du 13 août ; les membres devant assister à la session de la F. D. I. devront être rendus au plus tard le 15 août dans cette dernière ville.

Le Bureau accepte l'invitation de la Société dentaire américaine d'Europe *(American Dental Society of Europe)* à son meeting annuel qui se tiendra à Stockholm, du 13 au 17 août.

§ 9. — Le bureau accepte la proposition de M. le Dr Kirk relative à la publication en langue anglaise par le *Dental Cosmos* des

comptes rendus de la session de Stockholm, comme il a été fait pour la session de Londres.

§ 10. — PROGRAMME DE LA SESSION.

Du mercredi 13 au vendredi 15 participation aux séances publiques, cliniques, démonstrations pratiques, etc., de l'American Dental Society of Europe et de la Société dentaire suédoise, auxquelles sont invités les membres de la F. D. I.

*Vendredi* 15 *août*. — Début de la session de la F. D. I.

Arrivée à Stockholm le vendredi 15 août à midi.

Déjeuner au Grand Hôtel.

Réception des membres de la F. D. I. à deux heures par le Comité local et les Sociétés présentes à Stockholm, à l'Institut Royal Caroline (Medico-Chirurgiska Institut).

Assemblée générale de toutes les Sociétés sous la présidence de M. le professeur Lindström, président d'honneur, recevant les étrangers à 3 h. à l'Institut Royal Caroline.

Discours du président de la F. D. I.

Rapport du secrétaire général.

Allocutions des délégués des divers pays et des principales Sociétés.

Réunion du Conseil exécutif à 5 h. 1/2 à l'Institut Royal Caroline.

Dîner ou banquet à 7 1/2 à Skansen.

*Samedi* 16 *août*.

9 h. à midi. Cliniques diverses sous les auspices de la Société suédoise avec le concours des membres des diverses Sociétés.

Réunion de la Commission d'enseignement de 10 h. 1/2 à midi à l'Institut Caroline.

Etude des rapports sur la 1re question.

Déjeuner à Operaterrassen à midi.

Assemblée générale des diverses Sociétés de 3 h. à 5 h. à l'Institut Caroline.

Discours du président de la Commission internationale d'enseignement.

Discussions des principaux rapports sur la 1re question.

Réunion du Conseil exécutif à 5 h. 1/2.

Dîner ou banquet à Hasselbacken à 7 h. 1/2.

*Dimanche* 17 *août*.

Excursion au château Gripsholm.

*Lundi* 18 *août*.

Réunion de la Commission d'enseignement de 9 h. à 10 h. à l'Institut Caroline.

Réunion de la Commission d'hygiène et des services dentaires publics de 10 h. 1/2 à 11 h. 1/2 à l'Institut Caroline.

Déjeuner.

Réunion du Conseil exécutif de 2 h. à 3 h.

Assemblée générale de 4 h. à 6 h. à l'Institut Caroline.

Discussions des rapports des Commissions.

*Mardi 19 août.*

Réunion de la Commission d'enseignement de 9 h. à 10 h.

Réunion de la Commission d'hygiène et des services dentaires publics de 10 h. 1/2 à 11 h. 1/2 à l'Institut Caroline.

Déjeuner à midi.

Réunion du Conseil exécutif de 2 h. à 3 h.

Assemblée générale de clôture de 4 h. à 6 h. sous la présidence de M... à X...

*Mercredi 20 août.*

Réunion des Commissions de 9 h. à 10 h.

Réunion du Conseil exécutif de 10 h. à 11 h.

Lunch de séparation.

NOTA. — Les diverses séances du vendredi 15 et du samedi 16 ont été organisées après une entente entre l'*American Dental Society of Europe* (A. D. S. E.) et la F. D. I..

---

AMERICAN DENTAL SOCIETY OF EUROPE.

Meeting de 1902 à Stockholm.

*Mercredi 13 août*
*Jeudi 14 août*
*Vendredi 15 août*
*Samedi 16 août*
} Communications, démonstrations pratiques, cliniques, etc.

---

ADVISORY BOARDS.

Réunions diverses spéciales.

---

SOCIÉTÉ DENTAIRE SUÉDOISE.

*Du 13 au 20 août.*

Cliniques, réunions, réceptions.

---

## DERNIÈRE HEURE

Prière de s'en rapporter au *texte français* du présent Bulletin à cause des modifications introduites dans le programme au dernier moment.

---

Please to rely on the French text of this Bulletin on account of the modifications made in the programme at the last moment.

---

Man bitteh sich auf den französischen Theil des gegenwärtigen Berichts zu verlassen, da Abänderungen in dem Programm im letzten Augenblick gemacht vorden sind.

---

Se ruage de referirse al texto frances del presente Boletin al respecto de las modificaciones hechas en el Programa en la ultima hora.

*The dental journals of all countries are Kindly requested to publish this* BULLETIN.

# FÉDÉRATION DENTARE INTERNATIONALE
## F. D. I.

### EXECUTIVE COUNCIL

SECRETARY
Doctor SAUVEZ,
45, rue de la Tour-d'Auvergne.

Paris, 20st june 1902.

Mr. President,

I have the honor to inform you that the next session of the International Dental Federation will be held at Stockholm from 15th to 20th August next and to invite you to take part therein.

It is important that each country be represented at the deliberations of this Federation, which, as concerns the questions of education and especially of public dental hygiene, are, as you are aware, of the greatest importance. In order that this representation may be beyond all discussion, it is advisable that it be constituted by a delegation holding it powers from the National Federation itself in the countries where one exists, or from grou ps or dental associations.

I therefore recommend you to have one or more delegates appointed by the Federation of which you are President.

The powers of these delegates, as well as those of their colleagues appointed by other dental associations will, in so far as is possible, be ratified by the officers of the National Dental Federation and the ensemble of these delegates shall constitute the national delegation of your country.

I may add that the delegates specially accredited for the present session can attend the sittings and take part in the deliberations of the different committees; they can be present at the general Assemblies of the International Dental Federation and at the public general Assemblies.

I shall be obliged by your letting me know the names of your delegates before the 15st July.

Accept, etc.

*The secretary general,*
Doctor E. SAUVEZ.

1st The session of the International Dental Federation comprises 4 distinct groups of meetings :

A. Meetings of the Executive Council.

B. Meetings of the Commissions of { Education. Hygiene and State dentistry.

C. General Assemblies of the International Dental Federation.

D. Public General Assembly. { Inaugural meeting. Closing meeting.

2dly This session is open to the following members :

1st The members of the Executive Council.

2dly The titulary members or adjunct members.

3dly The delegates of the different National Federations or of the Associations or Schools, specially accredited to the Federation for the first session. These delegates are duly invited to attend the Session of the International Dental Federation.

3dly The delegates specially accredited for the present session can attend the sittings and take part in the deliberations of the different commissions ; they can attend the general Assemblies of the International Dental Federation and the Public General Assemblies.

4th The Executive Council, at a preliminary meeting, shall distribute the different members among the commissions, according to their aptitudes, to their previous labours, or to the object of their mission.

5th The members who shall have regularly taken part in the labour of one of the commissions of the Federation may be appointed adjunct members and eventually titulary members of the said commissions in subsequent sessions.

6th The Norwegians, Belgians, Russians, and the different National Associations who claim a special representation at the Session of the International Dental Federation, can do so subject to the conditions set forth in the above paragraphs.

7th A letter of invitation in the name of the International Dental Federation will be addressed to each National Federation or Group, to constitute the National delegation of each country and will be ratified by the officers of the National Federation of the respective country.

8th The general rendez-vous of the International Dental Federation shall be at Stockholm from 13th August ; the members who will attend to the meetings of the F. D. I. shall not be in Stockholm later than 15th August at noon.

9th The officers accept the proposal of Doctor Kirk relative to the publication in the English language by the « Dental Cosmos » of the reports of the Stockholm session, as was done for the London session.

### 10thly Programme of the Session.

Friday, 15th August.

Arrival at Stockholm at noon.

Déjeuner at X...

Reception of the members of the International Dental Federation, at 2 o'clock, by the local commitee and the Societies present at Stockholm.

At 3. General Assembly of all the Societies, Mr. X..., honorary president, being in the chair and receiving the foreigners.

Adress of the President of the F. D. I.

Report of the Secretary general.

Addresses of the Delegates of each country and of the principal Societies.

Meeting of the Executive Council at 5.30 at X ..

Dinner or banquet at 7.30.

Saturday, 16th August.

From 9 to 12 Clinics organized by the Swedish Society, with the cooperation of members of the different Societies.

Meeting of the Commission of education from 10.30 to 12.

Discussion on the reports relative to the 1st question.

Lunch at 12. at X...

General Assembly from 3 to 5 at X...

Adress of the President of the Commission of education.

Discussion of the principal reports on the 1st question.

Meeting of the Executive Council at 5.30.

At 7.30. Dinner or Banquet at X.

Sunday, 17th Angust.

Excursion to X...

Monday, 18th August.

Meeting of the Commission of Education from 9 to 10 at X...

Meeting of the Commission of hygiene and State dentistry from 10.30 to 11.30 at X...

Lunch.

Meeting of the Executive Council from 2 to 3.

General Assembly from 4 to 6 at X...

Discussion on the reports of the Commissions.

Tuesday, 19th August.

Meeting of the Commission of education from 9 to 10.

Meeting of the Commission of hygiene and State dentistry from 10.30 to 11.30 at. X...

Lunch.

Meeting of the Executive Council from 2 to 3.

General Assembly for the closing of the session from 4 to 6, M... being in the chair at X...

Nota bene. — The different sittings of Friday 15th August and Saturday 16th August have been organized according to an understanding between the *American Dental Society of Europe* and the F. D. I.

*Die zahnärztlichen Fachblätter aller Länder werden gebeten den gegenwärtigen Bericht zu veröffentlichen.*

# FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE (F. D. I.)

EXECUTIV-RATH

SEKRETÄR
Dr Sauvez
45, rue de La Tour-d'Auvergne.

Paris, den 20 Juni 1902.

Verehrtester Herr Präsident !

Ich beehre mich Ihnen mitzutheilen, dass die nächste Session der Fédération dentaire Internationale an den Tagen vom 15 bis 20. August d. J. in Stockholm abgehalten wird und lade Sie höflichst ein, an derselben Theil zu nehmen.

Es ist in der That wichtig, dass jedes Land an den Berathungen der Vereinigung, welche, wie es Ihnen bekannt ist, überhaupt bezüglich der Fragen des Unterrichts und der öffentlichen Zahn-Hygiene von der grössten Wichtigkeit sind, vertreten sei. Um diese Vertretung unbestreitbar zu machen, ist es geboten, sie durch eine von dem National-Verbande selbst bevollmächtigte Delegation zu wählen. Das bezieht sich natürlich auf die Länder, wo entweder ein National-Verband, Groupen oder Zahnarzt-Gesellschaften bestehen.

Dem zu Folge ersuche ich Sie, die Wahl eines oder mehrerer Delegirten durch den Verband, dessen Präsident Sie sind, vornehmen lassen zu wollen. Diese Delegirten, so wie ihre Collegen, welche von anderen Zahnarzt-Gesellschaften ernannt sein werden, werden, so viel als möglich, von dem Ausschusse des National-Zahnarzt-Verbandes in ihrer Eigenschaft bestätigt und alle Delegirten zusammen eine National-Delegation Ihres Landes bilden.

Ich füge hinzu, dass die für die bevorstehende Session speciell bevollmächtigten Delegirten den Sitzungen beiwohnen und an den Berathungen verschiedener Commissionnen, General Versammlungen der Fédération dentaire Internationale und an öffentlichen General-Versammlungen Theil nehmen können.

Ich wäre Ihnen sehr verbunden, wenn Sie mir die Namen Ihrer Delegirten vor dem 15 Juli bekannt geben möchten.

Genehmigen Sie, Verehrtester Herr Präsident, die Versicherung meiner ausgezeichneten Hochschätzung.

*Der General Sekretär*
Dr E Sauvez.

§ 1. — Die Session der F. D. I. umfasst 4 verschiedene Groupen von Sitzungen :

A. Sitzungen des Exekutiv Rathes.

B. Sitzungen der Commissionnen : Unterricht, Hygiene und öffentlicher Zahnarzt-Dienst, etc...

C. General-Versammlungen der F. D. I.

D. Öffentliche General-Versammlung : Eröffnungs-Sitzung oder Schluss-Sitzung.

§ 2. — Zu dieser Session werden folgende Mitglieder zugelassen :

1° Mitglieder des Exekutiv-Rathes.

2° Ordentliche Mitglieder oder Beigeordnete der Commissionnen.

3° Die für diese Session bei der Vereinigung speziell bevollmächtigten Delegirten verschiedener National-Verbande, Gesellschaften und Schulen. Diese Delegirten werden ordnungsmässig eingeladen der Session der F. D. I. beizuwohnen.

§ 3. — Die für diese Session speziell bevollmächtigten Delegirten können den Sitzungen beiwohnen und an den Berathungen verschiedener Commissionnen, der General-Versammlung der F. D. I. und an den öffentlichen General-Versammlungen Theil nehmen.

§ 4. — Der Exekutiv-Rath vertheilt in einer Vorbereitungssitzung die Mitglieder in verschiedene Commissionnen je nach ihren Fähigkeiten, vorherigen Arbeiten oder nach dem Zwecke ihrer Mission.

§ 5. — Die Mitglieder, welche an den Arbeiten einer Commission der Vereinigung regelmässig Theil genommen, werden zu Beigeordneten und später zu ordentlichen Mitglieder der betreffenden Commissionnen für die nächsten Sessionen ernannt werden können.

§ 6. — Die Norwegen, Belgier, Russen und verschiedene National-Gesellschaften, welche auf eine Spezial-Vertretung in der Session der F. D. I. reflektiren, können ihr Begehren unter den in vorangehenden Paragraphen angeführten Bedingungen zur Geltung bringen.

§ 7. — Jeder National-Verband oder Groupe werden seitens der F. D. I. aufgefordert die National-Delegirten für ihr Land zu wählen, welche darauf von dem Ausschusse des National-Verbandes des betreffenden Landes bestätigt werden.

§ 8. — Das General-Rendez-vous für die Mitglieder der F. D. I. soll in Stockholm vom 13. August an sein ; die Mitglieder, welche

der Session der F. D. I. beiwohnen wollen, sollen in Stockholm spätestens am 13. August angekommen sein.

§ 9. — Der Ausschuss nimmt der Vorschlag des Herrn Dr Kirk bezüglich der in englischer Sprache durch den Dental-Cosmos zu veröffentlichenden Stockholmer Sessions-Berichte an, so wie es schon bezüglich der Londoner Session gemacht wurde.

## § 10. — Sessions-Programm.

Freitag, 15 August.

Ankunft in Stockholm, um Mittag.

Frühstück in.....

Empfang der Mitglieder der F. D. I. um 2 Uhr von dem örtlichen Comite und den zu Stockholm anwesenden Vereinen.

General-Versammlung aller Vereine unter dem Vorsitze des Herrn..., Ehren-Präsidenten und Empfangers der Fremden um 3 Uhr.

Anrede des Präsidenten der F. D. I.

Anreden der Delegirten der verschiedenen Länder und der Hauptvereine.

Sitzung des Exekutiv-Rathes um ½ 6 in.....

Dîner oder Festmahl um.

Samstag 16. August.

Von 9 bis 12, Kliniken mit dem Beistand des schwedischen Vereins und mit der Mitwirkung der Mitglieder der verschiedenen Vereine.

Sitzung der Unterrichts-Commission v. 10. 30 — 12.

Prüfung von den Berichten über die 1ste Frage.

Frühstück um 12.

Sitzung des Exekutiv-Rathes v. 2 — 3.

General-Versammlung der verschiedenen Vereine v. 3 — 5.

Anrede des Präsidenten der Unterrichts-Commission.

Verhandlungen über die Hauptberichte über die 1ste Frage.

Sitzung des Exekutiv-Rathes um ½ 6.

Diner oder Festessen um ½ 7.

Sonntag, 17. August.

Ausflug nach.....

Montag, 18. August.

Sitzung der Unterrichts-Commission v. 19. — 10 in.....

Sitzung der Hygiene-Commission und des öffentlichen Zahnarzt-Dienstes v. ½ 11 — ½ 12 in.....

Frühstück.

Sitzung des Exekutiv-Rathes v. 2 — 3.

General-Versammlung v. 4 — 6 in.....

Prüfung der Commissions-Berichte.

Dienstag, 19. August.

Sitzung der Unterrichts-Commission v. 19. — 10.

Sitzung der Hygiene-Commission und des öffentlichen Zahnarzt-Dientes v. ½ 11 — ½ 12 in.....

Frühstück.

Sitzung des Exekutiv-Rathes v. 2 — 3.

Schluss-General-Versammlung v. 4 — 6 unter dem Vorsitze des Herrn .... in.....

Anmerkung. — Die verschiedenen Sitzungen vom Freitag 15. u. Samstag 16. sind nach einer Vereinbarung zwischen der *American Dental Society of Europe* (A. D. S. E.) u. der F. D. I. organisirt worden.

*Se ruega à los periodicos dentales de todos los paises de publicar el siguiente Boletin:*

## FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE
## (F. D. I.)

SECRETARIO
Dr SAUVEZ,
45, rue de la Tour-d'Auvergne.

Paris, 30 junio 1902.

Señor Presidente: Tengo el honor de participarle que la proxima sesión de la Federación Dentaria Internacional tendrá lugar en Stockholm del 18 al 20 de Agosto próximo, y de invitarle á tomar parte en la misma.

Es importante en efecto que cada pais tenga representación á las deliberacíones de dicha Federación que, en lo que se refiere á las cuestiones de enseñanza y de hygiene dentaria pública en particular, son de la mayor importancia como V. no ignora. Para que esta representación sea indiscutible, conviene que sea constituida por una delegación que tenga sus poderes de la Federación Nacional en los paises en donde existen uno ó varios grupos ó sociedades dentarias.

Le aconsejo, por consiguiente, se sirva hacer designar por la Federación que V. preside, uno ó varios delegados. Estos delegados serán, como sus colegas que hayan sido designados por las otras Sociedades dentarias, confirmados, en lo posible, por la Mesa de la Federación dentaria Internacional y el conjunto de estos delegados constituirá la delegación Nacional de su pais.

Añado que los delegados especialmente acreditados para la presente sesión pueden asistir á las sesiones y tomar parte à las deliberaciones de las diversas comisiones, á las asambleas generales de la Federación dentaria internacional y Asambleas generales públicas.

Le agradeceré me haga conocer los nombres de sus delegados antes del 15 de julio.

Reciba V. los respetuosos saludos de

s. s. q. b. s. m.
*El secretario general,*
Dr E. SAUVEZ.

1° La sesión de la F. D. I. comprende 4 grupos distintos de sesiónes :

A. Reuniones del Consejo ejecutivo

B. Reuniones de las Comisiones — Enseñanza, Higiene y servicios dentarios públicos.

C. Asambleas generales de la F. D. I.
D. Asambleas generales públicas. — Sesión de inauguración ó sesión de clotura.

2° En esta sesión pueden tomar parte los miembros indicados más abajo :

1° Los miembros del Consejo ejecutivo ;

2° Los miembros titulares ó auxiliares de las Comisiones ;

3° Los delegados de las diferentes Federaciones Nacionales ó de las sociedades ó escuelas, especialmente acreditados cerca de la Federación para la presente sesión. Estos delegados son invitados regularmente á asistir á la sesión de la F. D. I.

3° Los delegados especialmente acreditados para la presente sesión, pueden asistir á las sesiones y tomar parte á las deliberaciones de las diversas comisiones, á las asambleas generales de la F. D. I. y á las asambleas generales públicas.

4° El Consejo ejecutivo, en una sesión preliminar, repartirá los diversos miembros en las comisiones, según sus aptitudes, sus trabajos anteriores, ó el objeto de su misión.

5° Los miembros que han tomado parte regularmente á los trabajos de una de las Comisiones de la Federación podrán ser nombrados miembros auxiliares y después miembros titulares de dichas comisiones para las sesiones siguientes.

6° Los Norvegos, Belgas, Rusos y las diferentes Sociedades Nacionales que reclaman una representación especial á la sesión de la F. D. I. pueden hacerlo en las condiciones indicadas en los páragrafos más arriba.

7° Una carta de invitación de la F. D. I. será dirigida á cada Federación Nacional ó grupo para constituir la delegación nacional de cada pais, que será confirmada por la dirección de la Federación Nacional del pais respectivo.

8° La cita general de los miembros de la F. D. I. esta establecida à Stockholm, desde el 13 de agosto ; los miembros que deben asistir á la sesión de la F. D. I. deben hallarse el 15 de agosto a menos en esta ciudad.

9° La Mesa acepta la proposición del Sr Dr Kirk relativa á la publicacion en lengua inglesa por el Dental Cosmos de las relaciones de la sesión de Stockholm, como ha sido hecho por la sesión de Londres.

10° Programa de la sesion.

Viernes 15 agosto.

Lllegada á Stockholm á mediodia.

Almorzar en X.

Recepcion de los miembros de la F. D. I. á las 2, por la Comision local y las Sociedades presentes en Stockholm.

Asamblea general de todas las sociedades bajo la presidencia de M..... presidente honorario, recibiendo los forasteros, á las 3.

Discorso del Presidente de la F. D. I.

Memoria del secretario general.

Alocuciones de los delegados de los diferentes paisos y de las principales Sociedades.

Reunión del Consejo ejecutivo á las 5.

Comida o banquete á las 7 h. 1/2.

Sábado 16 agosto.

Clinicas diversas bajo los auspicios de la Sociedad sueca con el concurso de los miembros de las diferentes Sociedades, de 9 á mediodia.

Reunión de la Comisión de enseñanza de 10 1/2 á 12.

Estudio de las memorias sobre la primera cuestion.

Almuerzo á mediodia.

Reunión del Consejo ejecutivo de 2 h. á 3 h.

Asamblea general de 3 h. á 5 de las diversas Sociedades.

Discorso del Presidente de la Comisión de enseñanza.

Discusión de las principales memorias sobre la primera cuestion.

Reunión del consejo ejecutivo á 5 1/2.

Comida o Banquete á 7 1/2.

Domingo 17 agosto.

Excursión en X.

Lunes 18 agosto.

Reunión de la Comisión de enseñanza de 9 á 10 en X.

Reunión de la Comisión de higiene y de los servicios dentarios públicos de 10 h. 1/2 á 11 h. 1/2 en X.

Almuerzo á mediodia.

Reunión del Consejo ejecutivo de 2 á 3.

Asamblea general de 4 á 6 en X.

Discusión de las memorias de las comisiones

Martes 19 agosto.

Reunión de la Comisión de enseñanza de 9 á 10.

Reunión de la Comisión de higiene y de los servicios dentarios públicos de 10 h. 1/2 á 11 h. 1/2 en X.

Almuerzo.

Reunion del Consejo ejecutivo de 2 á 3.

Asamblea general de clotura de 4 á 6 bajo la Presidencia de M.... en X.....

# INDEX ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES

## 1er semestre 1902.

## CHRONIQUE PROFESSIONNELLE.



## CORRESPONDANCE.



## D

## O



## P



## Q



## R



## REVUE ANALYTIQUE.

## REVUE DE L'ÉTRANGER.



## S

T

## AVIS

La Direction de l'**École Dentaire de Paris** et l'Administration de **L'Odontologie** prient les Journaux et Revues faisant l'échange avec *L'Odontologie*, de vouloir bien adresser leur publication :

1° Un exemplaire à *L'Odontologie*, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, Paris ;

2° Un exemplaire à la Bibliothèque de l'Ecole Dentaire de Paris, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, Paris.

NOTA. — Prière instante de mentionner exactement l'adresse, **45, rue de La Tour-d'Auvergne**, car certaines publications nous parviennent très irrégulièrement, faute d'indication précise.